



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE DIREITO – DDI

LILIANE DE BRITO STEFANI

**ACOMPANHAMENTO DAS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DO
MUNICÍPIO DE ARACAJU: PERCEPÇÕES SOBRE AUTONOMIA**

São Cristovão/SE

2021



LILIANE DE BRITO STEFANI

**ACOMPANHAMENTO DAS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DO
MUNICÍPIO DE ARACAJU: PERCEPÇÕES SOBRE AUTONOMIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Direito da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para obtenção de título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof. Dr^a Tanize Zago Thomasi

São Cristovão/SE

2021

Página para ficha catalográfica...



LILIANE DE BRITO STEFANI

**ACOMPANHAMENTO DAS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DO
MUNICÍPIO DE ARACAJU: PERCEPÇÕES SOBRE AUTONOMIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO apresentado ao Departamento de Direito – DDI, da Universidade Federal de Sergipe – UFS, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito. Esta apresentação foi julgada, aprovada e assinada, pela comissão abaixo, em 28 de janeiro de 2021.

São Cristóvão, Sergipe, Brasil

2021

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr^a Tanise Zago Thomasi

Prof. Dr^a Miriam Coutinho de Faria Alves

Prof. Msc. José Lucas Santos Carvalho

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de dedicar este trabalho a Deus, que durante o difícil ano de 2020, permitiu que eu lidasse com as adversidades externas e internas, me acolhendo e me dando paz em cada oração que fiz em momentos de angústia. És, Senhor, meu refúgio e fortaleza.

Minha mãe, a qual não tenho palavras para descrever. Obrigada por ser meu modelo e meu exemplo, obrigada por me proporcionar tanto aprendizado na vida. Não fosse você, eu não seria quem sou hoje. Obrigada por ser a guerreira que é e me possibilitar participar das (tantas) jornadas em sua vida. Que sigamos sempre juntas, em todos os momentos, na alegria e na adversidade.

Ao Bruno, por fazer a minha vida tão leve e tranquila.

Ao Colégio do Salvador, por me dar a melhor base educacional que poderia ter, e ter me dado a chance do primeiro emprego, me possibilitando entender que através da educação posso transformar vidas.

Aos estágios pelos quais passei, por todo o aprendizado.

À minha orientadora, Tanise Zago Thomasi, por me salvar nos momentos em que mais precisei, por embarcar comigo neste projeto, e pelo exemplo que é na academia.

A todas as mães que participaram desta pesquisa, meu especial agradecimento. Este trabalho não existiria sem a contribuição de vocês!

Aos amigos que fiz na Universidade, os quais não me arriscarei a citar nomes para não cometer injustiças, obrigada por fazer da minha jornada algo memorável.

A Lara Freire, por ter me disponibilizado tantos materiais para meu embasamento teórico, a Ícaro, que com seu conhecimento em Excel, fez a gentileza de me ajudar na tabulação e filtragem dos dados, e a Raquel, que mesmo com o tempo curto, me ajudou com a formatação do trabalho.

Por fim, agradeço à UFS, como instituição, assim como a todos os professores e funcionários, pelo acolhimento, e por ter feito da minha graduação algo extraordinário.

“Se você pode sonhar, você pode fazer”.

Walt Disney

RESUMO

O presente trabalho busca identificar se há, nas maternidades públicas de Aracaju, garantia à autonomia da parturiente, através do efetivo cumprimento da lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante). A pesquisa organizou-se em três partes principais: na primeira, fez-se um aporte teórico, a fim de estruturar a discussão com importantes conceitos sobre autonomia, acompanhamento e sobre detalhes da lei em questão. Na segunda parte, foi realizada uma pesquisa de campo, a fim de identificar, quantitativamente e qualitativamente, detalhes sobre a possibilidade ou impossibilidade da presença do acompanhante em maternidades públicas de Aracaju, além de capturar detalhes subjetivos sobre a percepção de autonomia da parturiente. Ao fim do trabalho, foi possível identificar que o acompanhamento se mostra como uma importante ferramenta para a ocorrência de um parto tranquilo, trazendo inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê. Apesar disto, observou-se que o cumprimento da lei 11.108/1990 está longe do ideal, sendo necessária a implementação de ferramentas para que ela seja, de fato, efetivada.

Palavras-chave: Lei do acompanhante; Autonomia; Acompanhamento durante o parto.

ABSTRACT

The present work seeks to identify whether, in the public maternity hospitals in Aracaju, there is a guarantee of the parturient's autonomy, through the effective fulfillment of Law 11.108/2005 (Companion Law). The research was organized in three main parts: in the first, a theoretical contribution was made, in order to structure the discussion with important concepts about autonomy, companion and details of the law in question. In the second part, a field research was carried out, in order to identify, quantitatively and qualitatively, details about the possibility or impossibility of the companion's presence in public maternity hospitals in Aracaju, in addition to capturing subjective details about the perception of the parturient's autonomy. At the end of the work, it was possible to identify that the 11.108/2005 law is shown as an important tool for the occurrence of a peaceful delivery, bringing numerous benefits for the mother and the baby. Despite this, it was observed that compliance with Law 11.108/2005 is far from ideal, requiring the implementation of tools so that it is, in fact, effective.

Keywords: Companion law; Autonomy; Monitoring during childbirth.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. UMA BREVE INTRODUÇÃO AO PARIR – A MULHER DE SUJEITO A OBJETO	13
2.1. A AUTONOMIA COMO CONCEITO.....	19
2.2. A AUTONOMIA EM UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA	21
3. ACOMPANHAMENTO DURANTE O PARTO E A REALIDADE ARACAJUANA..	29
3.1. CAMINHOS DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL	31
3.2. PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES ARACAJUANAS SOBRE AUTONOMIA E ACOMPANHAMENTO.....	34
4. QUANDO A TEORIA ENCONTRA A PRÁTICA: O QUE ESPERAR DA REALIDADE?	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
7. ANEXOS.....	62

1. INTRODUÇÃO

O momento do parto traz grandes expectativas para a vida de uma mulher e de todos que a cercam. Por envolver a vida do nascituro e da parturiente, é necessário que tal momento corra o mais tranquilamente possível.

Ora, para iniciar a discussão sobre o tema, é importante destacarmos que, até certo tempo atrás, o parto era fenômeno domiciliar, exclusivamente feminino, realizado por “parideiras” ou “parteiras”, e acompanhado por parentas e amigas, no ambiente domiciliar da mulher e com o acompanhamento de pessoas de sua confiança¹.

Com a hospitalização e medicalização do parto, este passou de um evento familiar e natural, para um contexto médico, regrado e planejado. Desta forma, a parturiente passa de sujeito para objeto, que nada decide sobre o momento do parto.²

Apesar de atualmente mais da metade dos partos (55,6%) serem cirúrgicos – índice que sobe para 84,6% quando falamos de hospitais privados³ –, o retorno ao parto normal e à humanização do parto vêm ganhando força, sendo o parto humanizado preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como elemento importante para a promoção da saúde⁴.

Desta forma, passa-se para um contexto de retorno à humanização do parto, que visa recuperar a autonomia da mulher e a atenção direcionada a ela neste momento. Um dos meios expostos pelo Ministério da Saúde para fazê-lo é através da reintrodução de um acompanhante na sala de parto, a fim de que a parturiente seja tranquilizada.

¹ BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, Abr/Junho 1991. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 de Janeiro de 2021.

² VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, [s. l.], v. 16, p. 95-107.

³ GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. Fonte: Agência Senado. **Agência Senado**, [S. l.], p. Sem Paginação, 28 ago. 2018. Disponível em: www12.senado.leg.br/. Acesso em: 17 dez. 2020.

⁴ GREVE, Vitória. **Os desafios do parto humanizado no Brasil, país líder em cesáreas no mundo**. [S. l.], 4 jul. 2017. Disponível em: cotidiano.sites.ufsc.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

Neste aspecto, autores como Dodou *et al*⁵ ressaltam a importância da presença de um acompanhante próximo à mulher no momento do parto para a humanização do mesmo.

Por esse motivo, foi publicada, em 07 de abril de 2005, a lei nº 11.108, também conhecida como “lei do acompanhante”, que garante à mulher a presença de ao menos um acompanhante, durante todo o momento do trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito do SUS. O dispositivo protege, também, a autonomia da mulher, dando a ela o direito de escolher qualquer pessoa para acompanhá-la nesse momento.

O efetivo cumprimento desta lei perfaz-se, portanto, não somente como um resguardo ao direito a saúde da parturiente e do seu filho, mas também como a plena expressão de seu direito à escolha e de sua autonomia, definida por Kant como a capacidade da vontade humana de se autodeterminar segundo uma legislação moral por ela mesma estabelecida.

Ora, segundo Beauchamp e Childress⁶, o respeito à autonomia requer um reconhecimento explícito permanente da possibilidade de ação, caso esteja em concordância direta com as convicções pessoais de cada indivíduo.

Ocorre que, apesar da existência de um dispositivo legal que garante a autonomia da mulher para escolha de seus acompanhantes no momento do parto, é possível que tal direito seja violado, prejudicando a dinâmica ideal do momento do parto e violando seu direito à autonomia. A falta de conhecimento e a sensação de normalidade sobre a proibição da entrada de acompanhantes são fatores que influenciam a prática de descumprimento da lei e a normalização desta, além do poder intervencionista exercido por instituições de saúde⁷.

Percebe-se, portanto, que o tema é especialmente relevante, uma vez considerada a importância do acompanhamento de uma pessoa de confiança para que

⁵ DODOU, Hilana Dayana *et al*. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, 2ª ed., p. 262-269, abril/junho 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 7 jan, 2021. p. 263.

⁶ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. **Principles of Biomedical Ethics**. 4ª ed. New York: Oxford University Press, 1994.

⁷ RODRIGUES, Diego Pereira *et al*. O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto contexto - enfermagem**, [s. l.], v. 26, 3ª ed., 21 ago. 2017. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 12 jan. 2021.

o momento do parto corra tranquilamente e de modo humanizado, e para que a autonomia da parturiente seja preservada. Apesar de existirem alguns trabalhos que abordem especificamente sobre o descumprimento da referida lei, estes tratam da situação fática de outras localidades geográficas, o que demonstra a importância do tema ser trabalhado no âmbito do município de Aracaju.

Trata-se de tema bastante atual e instigante, posto que, nos últimos anos, as discussões sobre “violência obstétrica e humanização do parto” têm se tornando cada vez mais constantes, e que as práticas adotadas no momento do parto possuem relação direta com a saúde física e psicológica da mulher e do recém-nascido no pós-parto.

Dessa forma, a realização de um estudo sobre essa questão poderá contribuir para o embasamento de políticas públicas que visem fortalecer a fiscalização e a instituição de uma cultura de respeito à autonomia da mulher no momento do parto.

A partir do exposto, questiona-se: A lei 11.108/2005 tem garantido a autonomia de escolha da mulher com relação a seus acompanhantes nas maternidades públicas do município de Aracaju, sendo plenamente cumprida?

O objetivo geral do presente trabalho é, portanto, identificar se há, nas maternidades públicas de Aracaju, garantia à autonomia da parturiente, através do efetivo cumprimento da lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante).

Os objetivos específicos, por sua vez, são: Elencar os contextos que originaram o surgimento da Lei nº 11.108/2005 no Brasil, a fim de compreender suas justificativas e razão de ser; Definir o conceito de Autonomia, aplicado ao momento do parto, a fim de identificar, na pesquisa, sua manutenção; Demonstrar como as maternidades públicas de Aracaju lidam com o direito ao acompanhamento da mulher no momento do parto e Contribuir para a formação de uma cultura de respeito à autonomia da mulher e à Lei nº 11.108/2005.

Para a elaboração do presente trabalho foi utilizado o método de abordagem hipotético-indutivo, visto que é o mais adequado à averiguação da realidade sobre o real cumprimento da Lei nº 11.108/2005 nas maternidades de Aracaju como instrumento para a efetivação da autonomia da parturiente.

O método de pesquisa utilizado foi o indutivo, a partir do qual foram utilizadas as técnicas de coleta de dados, a fim de obter dados descritivos que expressaram o fenômeno.

O trabalho foi desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica, a qual possibilitou a realização de uma análise da lei nº 11.108/2005, suas origens e principais conceitos, assim como o significado e ingerências do instituto da autonomia.

Para esta pesquisa descritivo-explicativa de levantamento, foi utilizada uma pesquisa de campo, feita através de questionário semi-estruturado aplicado de forma virtual, tendo como público-alvo mulheres que deram à luz em maternidades públicas da cidade de Aracaju, a fim de obter dados conclusivos sobre a aplicação efetiva da lei nº 11.108/2005.

O citado questionário contou com perguntas objetivas e subjetivas, como método de coleta de dados. Desta forma, trata-se de uma observação, em sua essência, quantitativa, porém que faz uso de dados qualitativos para a descoberta de associações teóricas.

O questionário (disponível integralmente nos anexos do presente trabalho) foi aplicado digitalmente através da plataforma dos Formulários Google (principalmente devido aos acontecimentos relacionados à pandemia da COVID-19), tendo atingido um público alvo de 65 (sessenta e cinco) mulheres. A divulgação foi feita, em sua maioria, através de redes sociais, em grupos virtuais específicos e voltados para a maternidade/parto, e através da plataforma de comunicação “DAA INFORMA”, da Universidade Federal de Sergipe.

Visando respeitar o objeto de estudo, a pesquisa foi limitada às mulheres que tivessem tido seus partos através da rede pública de saúde, a partir de 2005 (visto que a lei sob análise impõe estas restrições), e que estes tenham acontecido em Aracaju ou região metropolitana (limitação imposta por critério espacial).

O trabalho foi estruturado em três capítulos. No primeiro, realizou-se o aporte teórico da pesquisa, com a análise dos conceitos basilares sobre o tema.

No segundo capítulo, por sua vez, foram apresentadas considerações sobre a humanização do parto no Brasil, com ênfase na Lei 11.108, assim como os resultados

da pesquisa de campo. No último capítulo, por sua vez, foi possível discutir os resultados, associando-os com as acepções teóricas apresentadas no primeiro capítulo.

Ao fim do presente trabalho, foi possível constatar que, apesar de ser, com o passar dos anos, haver certo avanço no que tange o cumprimento da lei do acompanhante, ainda há muito que se evoluir, pois o descumprimento da citada lei ainda é rotina nas instituições de saúde, especialmente por limitações institucionais e costume dos profissionais.

No que tange à autonomia, observou-se também um alto índice de insatisfação das parturientes no momento do parto, no qual não se sentiram protagonistas. Desta forma, resta evidente a necessidade de aprimoramento das políticas públicas existentes, a fim de que o parto na rede pública seja, de fato, tal como a norma prevê.

2. UMA BREVE INTRODUÇÃO AO PARIR – A MULHER DE SUJEITO A OBJETO

O nascer não é coisa recente. Tal afirmação, decerto, dispensa explicações. Independente dos vários conceitos sobre a origem da vida, divergentes entre religiões e ciência, é certo que um ser humano tem origem no ventre de uma mulher, vindo ao mundo através de um processo denominado parto, palavra que, segundo o dicionário Oxford, define o “conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe”.⁸ O parto constitui-se, então, como um processo que envolve diversos planos da mulher, tal como o físico, mental e emocional⁹.

Assim como ocorre em grande parte dos aspectos das sociedades, o processo do parto foi protagonista de significantes alterações no decorrer dos anos.

Durante muitos séculos, o parto foi assunto de mulheres. O parto ocorria em casa, com o auxílio de parteiras, mulheres que detinham um saber empírico e apoiavam

⁸ OXFORD LANGUAGES. **Parto**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://languages.oup.com/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

⁹ MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

as parturientes durante a gestação, parto e puerpério, assim como de parentes próximas da parturiente, tal como sua mãe.¹⁰

A partir de meados do século XVIII, a figura da parteira passou a ser substituída por médicos, especialmente como reflexo da influência do pensamento iluminista e dos princípios da lógica e da razão trazidos por ele, fazendo emanar uma concepção tecnicista que via a mulher como incapaz de parir sozinha.¹¹

A prática obstétrica passou então a se tornar cada vez mais intervencionista, com o desenvolvimento, inclusive de manuais, técnicas e arsenais que foram, aos poucos, colocando os chamados “médicos-parteiros” (médicos que se especializavam no parto) em uma posição de superioridade¹².

No fim do século XIX e início do século XX, iniciou-se a transição do parto doméstico para o parto hospitalar. Se antes, o hospital era o refúgio das mulheres pobres e sozinhas (vez que, à época, os hospitais eram, em sua maior parte, casas de caridade, e as mulheres que tinham melhores condições financeiras eram assistidas em domicílio), com o passar dos anos este foi tornando-se, progressivamente, um símbolo de ascensão social, por ser um local onde a parturiente desfrutaria de um tratamento seguro e diferenciado, em um ambiente que aspirava civilidade e conforto. O parto hospitalar passou a ser rotina, portanto, em meados dos anos de 1960.¹³

O deslocamento da prática obstétrica para o hospital refletiu a transformação do parto (antes um momento íntimo e familiar, um ritual feminino) em um modelo masculino de cuidado. Se antes médicos eram convocados somente no caso de intercorrências ou dificuldades, a partir deste “ponto de virada”, estes passaram a ser protagonistas.

¹⁰ BRENES, Anayansi Correa. *Op. cit.*

¹¹ A história do Nascimento. [S. l.], 19 maio 2015. Disponível em: www.sentidosdonascer.org. Acesso em: 16 jan. 2021.

¹² MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. Coleção História e Saúde. Disponível em <http://books.scielo.org/>. Acesso em 15 de janeiro de 2021.

¹³ LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, Mar. 2013. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 18 Jan. 2021.

A transição para a obstetrícia moderna passa então, a transformar o parto de um evento natural a um evento regrado, eliminando a mulher como sujeito do parto, colocando-a como objeto e destituindo-a de sua privacidade e autonomia, como será possível verificar no item seguinte.

Os avanços da medicina atingiram de modo certo o processo de reprodução humana, fazendo desta mais um integrante da chamada “medicalização da vida” e colocando a mulher grávida sob uma constante rede de vigilância¹⁴

A institucionalização do parto trouxe, também, o afastamento da família do processo de nascimento, vez que as instalações hospitalares não são planejadas para suprir as necessidades da parturiente. A prática de internar as recém-paridas em quartos coletivos, assim como o tamanho das salas de cirurgia, impediu-as de ter, ao seu lado, alguém de confiança, e sua autonomia é ceifada inclusive no momento de escolher a melhor posição para parir.¹⁵ As falhas deste sistema podem ser expressas no questionamento de Carneiro:¹⁶ “Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural?”.

Inicialmente, a transição para o ambiente hospitalar não se deu com tanta facilidade, tendo contado com resistência das mulheres. A criação de rituais, instrumentos e técnicas intervencionistas por parte dos médicos contribuiu para a construção de uma imagem de competência, cientificidade e superioridade com relação às parteiras, contribuindo para o desenvolvimento da confiança para com o ambiente hospitalar.¹⁷

Não podemos deixar, porém, de destacar que a medicalização do parto trazida pela obstetrícia moderna possibilitou a realização de partos mais seguros, dando mais

¹⁴ ALMEIDA, Vitor. Notas Sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro. In: CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em debate: Diálogos Interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

¹⁵ VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. Op. cit.

¹⁶ CARNEIRO, L. M. **Parto humanizado**: humanizar é preciso. Jornal da Rede Saúde, São Paulo, n. 20, p. 16-17, 2000.

¹⁷ PONTES, Monise Gleyce de Araujo *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, [s. l.], v. 12, ed. 1, p. 69-78, Junho 2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/>. Acesso em: 6 jan. 2021.

chance de sobrevivência às mães e bebês que sofrem riscos, apesar da recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados, ter acarretado maior distanciamento da parturiente de sua família.¹⁸

Decerto é importante ressaltar que

O parto entendido como humanizado não deseja abolir as tecnologias alcançadas para auxiliar a mulher nesse processo, porém elas não devem ser usadas rotineiramente, medicalizando o parto ou tornando-o estritamente cirúrgico. Novas políticas públicas acenam possibilidades de melhoria para a saúde da mulher especialmente no ciclo do nascimento e perinatal. Contudo, suas implementações plenas e ações concretas constituem um longo caminho a ser percorrido por todos os cidadãos¹⁹

Em retorno à discussão, o panorama de forte intervenção no corpo da mulher, além de reduzir sua autonomia serve como gatilho para atos de violência obstétrica, definida como o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando, por consequência, a possibilidade de decidir sobre seus corpos, e podendo ocorrer durante a gestação, parto e pós-parto²⁰.

Os últimos anos foram (e estão sendo) protagonistas de uma mudança de paradigma, sendo possível visualizar uma busca pela retomada do protagonismo da mulher e humanização no momento do parto. A excessiva medicalização da gestação e do parto vem provocando importantes discussões com relação à standardização/institucionalização do parto, e, principalmente, sobre a autonomia da mulher.

A partir da década de 1980, especialmente com a influência do movimento feminista e de outros setores da sociedade²¹, iniciou-se, no Brasil, uma série de

¹⁸ VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling, op. cit.

¹⁹ LONGO, Cristiane Silva Mendonça *et al.* Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], 2010. Disponível em: revistas.ufg.br. Acesso em: 14 jan. 2021, p. 387.

²⁰ Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP). **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf. Acesso em 23 de janeiro de 2021.

²¹ REISA, Thamiza Laureany da Rosa dos *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 38, ed. 1, Março 2017. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 5 jan. 2021.

movimentações que objetivava aumentar a qualidade das relações entre parturientes e profissionais de saúde, excluindo condutas danosas durante o parto e lembrando sempre que o parto é um processo natural, o qual deve ser conduzido com o mínimo de intervenções possíveis.²² Tal movimento questionava, especialmente, a qualidade da assistência prestada à parturiente, e o uso constante de interferências desnecessárias durante o parir.²³

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria 569/200, foi responsável por iniciar tal desconstrução, mesmo que de modo sutil, tendo como objetivo a promoção dos direitos de cidadania das mulheres grávidas e a efetivação de formas de combate à violência obstétrica. O citado programa busca, portanto, oferecer diretrizes para um processo de humanização da assistência obstétrica, tendo como base as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁴.

O alto índice de partos cesáreos chamou a atenção da OMS, que a partir de 1996 iniciou a divulgação de recomendações para atenção ao parto normal, baseadas na aplicação do conceito da Medicina Baseada em Evidências. A partir deste ponto, as rotinas de parto foram divididas em quatro categorias²⁵:

Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto e condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.²⁶

Neste aspecto, a presença de acompanhante durante o parto foi uma das práticas destacadas pela OMS como útil, devendo ser encorajada.

²² ZIRR, Greice de Medeiros *et al.* Autonomia da Mulher no Trabalho de Parto: Contribuições de um grupo de gestantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], 2019. Disponível em: cdn.publisher.gn1.link. Acesso em: 14 jan. 2021.

²³ REISA, Thamiza Laureany da Rosa dos *et al*, op. cit.

²⁴ ALMEIDA, Vitor. Op. cit.

²⁵ SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, [s. l.], v. VI, ed. 2, 1o semestre 2016. Disponível em: revistacientifica.facmais.com.br. Acesso em: 13 jan. 2021.

²⁶ *Ibidem*, p. 5

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde publicou declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Esta tem como objetivo assegurar o acesso universal aos cuidados em saúde materna, e apresenta como antecedentes o crescente número de pesquisas que indicam a existência de abusos, desrespeito, maus-tratos e negligências para com a mulher no momento do parto (incluindo violência física e verbal e não obtenção de consentimento antes dos procedimentos), expressando, portanto, uma violação da confiança, tão necessária na relação entre profissional de saúde e paciente.

27

O citado documento prevê, então, as seguintes medidas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
[...]
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
[...]
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto
[...]
4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais
[...]
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.²⁸

É possível perceber, portanto, que a retomada da autonomia e protagonismo da mulher durante o parto é uma das principais bandeiras levantadas pelo atual movimento contra a violência obstétrica.

Para essa retomada acontecer, é essencial que a mulher seja colocada novamente no controle do trabalho de parto, dando-a autonomia a instrumentos para que decida sobre seu próprio cuidado e suas próprias questões,²⁹

²⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração para Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** [S. l.], 2014. Disponível em: apps.who.int/iris. Acesso em: 10 jan. 2021.

²⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Op. cit.

²⁹ ZIRR *et al*, op. cit.

Partamos então, para uma análise mais aprofundada sobre a autonomia.

2.1. A AUTONOMIA COMO CONCEITO

Etimologicamente, a autonomia significa o poder de dar a si a própria lei, *autós* (por si mesmo) e *nomos* (lei). A origem da palavra explica bem a definição dada pelo dicionário Michaelis, que a define como a capacidade de autogovernar-se, dirigindo-se por suas próprias leis e vontades próprias; preservando o seu eu e dando a si mesmo os seus princípios de ação.³⁰ Tal definição assemelha-se à dada pelo dicionário Priberam³¹, que define a mesma como liberdade moral ou intelectual.

É este conceito que Beauchamp e Childress³² adotam como um dos princípios da ética médica (junto com a beneficência, não maleficência e justiça/equidade), dos quais tratam na obra “Principles of Biomedical Ethics”. O principialismo por eles adotado constitui-se como guia de ação que visa solucionar dilemas morais, fundamentando a bioética.³³ Para estes, a condição de liberdade e independência, juntamente com a capacidade do indivíduo agir intencionalmente são necessárias para o exercício da autonomia.³⁴

Ora, não foram eles, porém, que iniciaram o estudo sobre este princípio, tendo os mesmos se baseado em autores como John Stuart Mill, notável filósofo do século XIX, o qual defende a individualidade e a autonomia diante da sociedade e do Estado. Segundo Adrovante e Brauner,³⁵ a teoria individualista de Mill tem como preocupação maior o bem estar do indivíduo, assim como a maximização de seu bem estar e de sua

³⁰ DICIONÁRIO MICHAELIS. **Autonomia**. Disponível em: michaelis.uol.com.br/. Acesso em: 12 jan. 2021.

³¹ DICIONÁRIO PRIBERAM. **Autonomia**. [S. /], 2020. Disponível em: dicionario.priberam.org. Acesso em: 12 jan. 2021.

³² CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

³³ PETRY, Franciele Bete. Resenha: BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002. **Ethic@**, Florianópolis, v. 3, ed. 1, Junho 2004. Disponível em: periodicos.ufsc.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

³⁴ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

³⁵ ALDROVANDI, Andrea; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Exercício da autonomia sobre o próprio corpo e a vida a partir das concepções de Kant e Stuart Mill: fundamentos para a definição de limites terapêuticos em testamento vital. **Pensar**: Revista de Ciências Jurídicas, Fortaleza, v. 22, ed. 1, p. 455-468, maio/agosto 2017. Disponível em: periodicos.unifor.br. Acesso em: 15 jan. 2021.

qualidade de vida, afirmando o autor que “sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano” (Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign).³⁶

Antes mesmo disso, a autonomia já era estudada por autores como Aristóteles, para quem a mesma estava relacionada com a virtude e com a responsabilidade do homem pela sua disposição de caráter.³⁷ Na idade Média, foram ideias como as de Santo Agostinho que referiam a autonomia em um sentido religioso, representando liberdade de crença e de consciência.³⁸

Foi Immanuel Kant, porém, que, influenciado por David Hume³⁹, pôs em voga a concepção da autonomia fundada na razão, através da qual o ser humano se definiria como ser racional, e a autonomia como autodeterminação da razão prática, libertando a razão teórica das influências exteriores, dando base aos pensamentos de Stuart Mill, e posteriormente de Beauchamps e Childress.

Apesar das influências entre elas, as concepções sobre autonomia trazidas por Kant e por Mill possuem divergências. Enquanto na primeira a autonomia é propriedade constitutiva da pessoa humana, na concepção trazida por Mill, ela embasa-se não na vontade, mas no agir útil, sendo uma concepção utilitarista. A diferença encontra-se, portanto, no fato de que, enquanto para Kant, a violação da autonomia consiste em uma violação do próprio indivíduo, nas concepções utilitaristas a infração da autonomia é justificável em alguns casos, se levado em conta os objetivos desta.⁴⁰

No fim das contas, apesar das diversas interpretações, maior parte das teorias sobre a autonomia concordam com o fato de que existem duas condições para seu exercício: a liberdade e intencionalidade da ação.⁴¹

³⁶ MILL, John Stuart. **On Liberty**. Kitchener: Batoche Books, 2001

³⁷ ALDROVANDI, Andrea; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Op. Cit.

³⁸ NOUR, Soraya. Autonomia. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) **Dicionário de Filosofia do Direito**. São Leopoldo/ Rio de Janeiro: Unisinos/Renovar, 2009. p. 76.

³⁹ ALDROVANDI, Andrea; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Op. cit.

⁴⁰ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

⁴¹ ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. p.129.

Pode-se dizer que a autonomia (aqui tratada como autodeterminação) é um direito possuído por todos os que são capazes, sendo que essa aptidão consiste na capacidade de uma pessoa em compreender as explicações fornecidas e as implicações do ato; deliberar sobre as escolhas possíveis em função de seus valores e metas; e expressar claramente suas escolhas⁴².

Ademais, esta se divide em graus, quais sejam: determinação, independência (ou liberdade) e ação. A primeira (determinação) envolve a consciência, por parte dos indivíduos, de seus desejos e a busca pela satisfação destes. A independência/liberdade se refere à ausência de influências controladoras, ou seja, a existência de uma real possibilidade de exercício da autonomia. Por fim, o grau da ação faz referência à capacidade de tomar decisões baseadas na razão, ou seja, fazendo uso da capacidade de reflexão entre alternativas a fim de compreender e avaliar a natureza e consequências de uma decisão.⁴³

No direito brasileiro, por sua vez, o princípio da autonomia da vontade preceitua terem os indivíduos o poder de praticar atos de acordo com a sua vontade. A Constituição Federal, em seu Art. 5º, formaliza tal princípio, ao afirmar que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei”.

2.2. A AUTONOMIA EM UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Partindo para uma perspectiva bioética, o respeito à autonomia encontra respaldo no Código de Ética Médica Brasileiro, especificamente no Capítulo V, Art. 31, onde se afirma que é vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”.⁴⁴

⁴² DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.

⁴³ SILVA, José Antônio Cordero. Op. Cit.

⁴⁴ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. [S. l.]: CFM, 2009. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 21 jan. 2021. p. 27.

Segundo Maria Helena Diniz, a obtenção do consentimento do paciente após a informação médica resulta do seu direito de autodeterminação ⁴⁵. É importante destacar, portanto, que o reconhecimento deste direito não se perfaz apenas na abstenção de interferência nas escolhas pessoais de cada um, mas também na obrigação moral de promover condições suficientes para que as escolhas sejam feitas de modo autônomo, inibindo, inclusive, circunstâncias que impeçam esse agir ⁴⁶ e implicando, necessariamente, no reconhecimento da capacidade do indivíduo de tomar suas próprias decisões. ⁴⁷

Sendo assim, respeitar a autonomia do ser

implica o reconhecimento da capacidade de todas as pessoas para as próprias decisões, baseadas nos valores pessoais e crenças e a promoção efetiva de condições que favoreçam o exercício dessa autonomia. Desse modo, o respeito pela autonomia é uma ação que se dá quando o direito das pessoas é assegurado, reconhecido e promovido. ⁴⁸

Em um contexto médico/hospitalar, a autonomia se mostra, portanto, como um importante fator para o sucesso do processo terapêutico ⁴⁹, sendo um princípio basilar da conduta ética dos profissionais de saúde ⁵⁰ e podendo ser definida como o “poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente”. ⁵¹ Desta forma, o reconhecimento da autonomia do

⁴⁵ DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 2ª ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01- 2002). São Paulo: Saraiva, 2002.

⁴⁶ CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. A critique of principlism. **The Journal of Medicine and Philosophy**: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, [s. l.], v. 15, ed. 2, Abril 1990. Disponível em: academic.oup.com. Acesso em: 11 jan. 2021.

⁴⁷ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

⁴⁸ MATTOS, Delmo *et al.* Entre a autonomia Kantiana e o princípio da autonomia de Beauchamp e Childress: Uma discussão acerca da autonomia e da dignidade humana na bioética e no direito. **Perspectiva Filosófica**, [s. l.], v. 42, ed. 1, 2015. Disponível em: periodicos.ufpe.br. Acesso em: 13 jan. 2021. p.48.

⁴⁹ SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, [s. l.], v. 11, ed. 21, jan/abr 2007. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em: 10 jan. 2021.

⁵⁰ CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira De Estudos Políticos**, v. 115 (2017). Disponível em <https://pos.direito.ufmg.br/>. Acesso em 10 jan. 2021.

⁵¹ MARCHI, Maria M., SZTAJN, Rachel. Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. In: **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998. p. 42.

paciente pode ser resumido no respeito às decisões deste, e à possibilidade que ele tem de deliberar, sem interferências, sobre as intervenções às quais será submetido.⁵²

Fortes resume:

Na assistência à saúde, o princípio da autonomia requer que o indivíduo, quer esteja sadio ou doente, não se entregue inteiramente aos profissionais de saúde, não renuncie a uma parcela sempre maior de sua liberdade em troca de uma parcela menor de sua própria saúde. O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe sempre lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença, são da própria pessoa e que violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios e não como fins em si mesmas.⁵³

O modelo de Autonomia Intensificada (Enhanced autonomy model), por exemplo, apresentado por Quill e Brody⁵⁴, reconhece a importância de uma relação médico-paciente centrada no diálogo, na qual ambos tomam uma decisão conjunta (sendo o médico o guia deste processo).

Ocorre que nem sempre este importante conceito teve, no contexto médico-hospitalar, a importância que lhe é devida.

Historicamente, os conceitos de autonomia e livre arbítrio pouco apareciam na ética médica, não sendo citados sequer no conhecido juramento de Hipócrates. Em verdade, a medicina trouxe, historicamente, em seu cerne, uma visão absolutista e paternalista, na qual a conduta médica seria válida independentemente da opinião do paciente.⁵⁵

Nas palavras de Portes:

Para condensar em uma simples fórmula nossas observações psicológicas sobre o paciente, no período que precede seu primeiro contato com o médico, eu direi que ele não é senão um brinquedo, quase completamente cego, muito dolorido e essencialmente passivo; que tem um conhecimento objetivo muito

⁵² CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela, op. cit.

⁵³ FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998. p. 39-40.

⁵⁴ QUILL, T.E.; BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. **Ann. Intern. Med.**, n.125, p.763-9, 1996.

⁵⁵ SILVA, José Antônio Cordero da Silva, op. cit.

imperfeito de si mesmo; que sua afetividade é dominada pela emotividade ou pela dor e que sua vontade não se baseia em nada sólido⁵⁶

Retomando os princípios da ética médica, citados de forma breve anteriormente, importante traçar uma breve distinção entre a beneficência e a não maleficência, assim como o aparente conflito existente com a autonomia.

O princípio da beneficência é uma manifestação da benevolência, refletindo o reconhecimento do valor moral do outro e a necessidade de maximização do seu bem (e redução do mal). Envolve uma série de regras morais, tais como: a) proteger e defender os direitos dos outros; b) evitar que outros sofram; c) eliminar as condições que causarão danos a outros; d) ajudar pessoas inaptas; e) socorrer pessoas que estão em perigo⁵⁷, e está associado ao princípio da não-maleficência, ou seja, a obrigação de não causar danos, ou seja, evitar danos previsíveis.⁵⁸

Tal princípio, devido à sua previsão de maximização do bem-estar do sujeito a todo custo, por muitas vezes, vai de encontro com o princípio da autonomia, estimulando, desta forma, um comportamento paternalista. Isto é explicado pela tradição hipocrática de que o médico deveria indicar o tratamento ao paciente unicamente com base em sua experiência e opinião, transformando o paciente em um sujeito passivo.⁵⁹

O paternalismo, neste sentido, pode ser definido como “a interferência do profissional de saúde sobre a vontade de uma pessoa autônoma, mediante ação justificada por razões referidas, exclusivamente, ao bem-estar, alegria, necessidades, interesses ou valores da pessoa que está sendo tratada”⁶⁰, ou ainda como “a conduta médica que desconsidera intencionalmente a autonomia e/ou o consentimento do paciente, justificando tal ação pela intenção de proporcionar um benefício, ou ainda,

⁵⁶ PORTES, Louis. À la recherche d' une éthique médicale, Paris, Masson, 1964, p. 159-168 apud DURAND, Guy. **Introdução à Bioética**: História, conceitos e instrumentos. 2ª ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2007.

⁵⁷ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

⁵⁸ CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela, op. cit.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira (org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

evitar um dano ou risco à saúde do paciente”⁶¹, sendo resultado da relação assimétrica entre médico e paciente e refletindo o poder que emana do profissional.

É possível resumir o paternalismo no significado que a própria palavra propõe: “paternalismo significa o governo paternal, em que o pai se responsabiliza em prover seus dependentes, com total autoridade, restringindo suas liberdades. O paternalismo se constitui na forma de exercer ação, objetivando beneficiar a pessoa, cuja vontade ou interesses deixam de ser respeitados”.⁶²

Desta forma, é um reflexo do modelo familiar patriarcal, no qual o pai exerce o poder de escolhe para todos os membros da família, especialmente quanto aos filhos,⁶³ podendo ser distinguido em duas formas de comportamento: brando (soft) e forte (hard).

Para Beauchamps e Childress⁶⁴, o paternalismo brando (soft) consiste em uma ação que não viola a autonomia da pessoa, visto que não se sabe se o sujeito tem conhecimento sobre o que está acontecendo, tal como ocorre, por exemplo, a uma criança que se submete à vacinação obrigatória.

O paternalismo forte, por sua vez, subdivide-se em dois tipos: paternalismo fraco (weak) e duro forte (strong). No denominado paternalismo fraco (weak), a aceitabilidade de uma omissão por parte do médico é maior, caso haja alguma condição que traga a possibilidade de ocorrência de algum dano. Trata-se de um caso no qual os possíveis danos superam o prejuízo da perda da autonomia do paciente, sendo o ato paternalista, neste caso, uma resposta a incapacidades, não se perfazendo, portanto, como uma negação dos direitos das pessoas, vez que estas estariam incapacitadas para compreender as consequências de suas decisões.⁶⁵

O paternalismo duro/forte, por sua vez, resta expresso em decisões fortes e unilaterais, que podem ser abusivas. Este tipo de paternalismo é justificável em raras exceções, tais como quando o paciente estiver exposto a grave risco, sendo o

⁶¹ CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela, op. cit.. p. 23;

⁶² SILVA, José Antônio Cordero da Silva, Op. cit.

⁶³ ALMEIDA, José Luiz Telles de. Op. Cit.

⁶⁴ CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. Op. cit.

⁶⁵ KOMRAD, M. S. A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy. **Journal of Medical Ethics**, [s. l.], v. 9, ed. 1, Março 1983. Disponível em: jme.bmj.com. Acesso em: 18 jan. 2021.

paternalismo capaz de reduzir o dano, e quando os benefícios advindos da ação médica superarem os inconvenientes causados pelo desrespeito à autonomia do paciente.⁶⁶

Silva⁶⁷ põe em voga o seguinte exemplo:

Um deles se refere ao de um paciente, idoso, ansioso, com quadro doloroso precordial recente, cujo resultado do teste ergométrico foi altamente compatível com isquemia miocárdica. O paciente demonstra receio de doença coronariana, por medo de possível intervenção cirúrgica. Nesse caso, o médico omite o resultado inicial e solicita cateterismo cardíaco para, através do exame coronariográfico, confirmar comprometimento arterial. Somente depois do resultado, esclarecer ao paciente a necessidade imediata de intervenção cirúrgica, em razão de grave lesão, comprometendo o tronco da artéria coronária esquerda. Considerando que o médico conhece o paciente há muito tempo, havendo a possibilidade de o paciente se ausentar ao tomar conhecimento do primeiro exame cardiológico e, ainda, em razão de seu estado de ansiedade, tomar uma decisão precipitada e danosa, julga-se que se pode aceitar a atitude paternalista do médico. A atitude de colocar acima da omissão inicial, a intenção de buscar o benefício do paciente, a cirurgia sendo realizada, com resultados a contento, deixando o paciente assintomático e, portanto, fora do risco de morte súbita.

Importa ressaltar que autores como Feinberg⁶⁸ somente diferenciam o paternalismo em fraco (quando a restrição da autonomia é realizada em sujeitos com redução de capacidade temporária ou definitiva) e forte (que ocorre em pessoas plenamente capazes).

No mais, reconhece-se que países de origem latina, tais como o Brasil, demonstram o paternalismo de forma mais forte, especialmente devido à raiz humanista proveniente da tradição católica e à existência de uma população mais carente.

Para, de fato, ocorrer uma mudança neste paradigma paternalista é necessário uma alteração na relação médico-paciente. Robert Veatch⁶⁹ propõe, nesse aspecto, quatro modelos de relação médico paciente: Sacerdotal, Engenheiro, Colegial e Contratualista.

⁶⁶ SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, Dezembro 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 14 jan. 2021. p. 63.

⁶⁷ ALMEIDA, José Luiz Telles de. Op. Cit.

⁶⁸ FEINBERG, Joel. Legal Paternalism. **Canadian Journal of Philosophy**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 105-124, Setembro 1971. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40230341>. Acesso em: 4 jan. 2021.

⁶⁹ VEATCH, Robert M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: What physician-patient roles foster the most ethical relationship?. **The Hastings Center Report**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 5-7, Junho 1972. Disponível em: www.jstor.org. Acesso em: 19 jan. 2021.

O primeiro (Sacerdotal) é baseado na tradição Hipocrática, sendo adotada uma postura paternalista, nos termos expostos acima. Neste modelo, há baixo envolvimento do paciente, e tanto o poder quanto a autoridade da relação é do médico. Portanto, baseia-se em uma relação de dominação e submissão.⁷⁰

De fato, a ética Hipocrática, como afirmam Beauchamp e Childress, baseava-se no princípio da beneficência vertical/impositiva (paternalismo), que reflete uma defasada ideia de que o cuidado e tratamento do paciente só poderiam ser realizados pelo médico, e que somente ele deteria conhecimentos suficientes para tal. A situação agrava-se quando levamos em conta o fato de que, normalmente, o paciente está em uma situação de fraqueza e dependência, levando-o a aceitar as condutas dos profissionais da saúde sem maiores questionamentos.⁷¹

O modelo “Engenheiro”, por sua vez, em oposição ao sacerdotal, direciona todo o poder de decidir ao paciente. Neste, o médico preserva sua autoridade (repassando informações e executando as ações propostas), abrindo mão, porém, do poder, o qual passa a ser exercido unicamente pelo paciente.⁷²

No modelo Colegial, não há diferenciação entre os papéis do médico e do paciente, havendo alto envolvimento entre ambos e compartilhamento do poder de forma igualitária. Neste modelo, o médico não possui autoridade, e a relação médico-paciente é equiparada a uma relação entre iguais.⁷³

O último destes modelos (contratualista) parece ser o mais adequado para as relações atuais. O citado modelo preserva a autoridade do profissional, reconhecendo-o como detentor de conhecimentos e habilidades, em tempo que permite a participação ativa do paciente no processo de tomada de decisões (que pode ser de médio ou alto envolvimento entre as partes), em uma dinâmica que estimula a efetiva troca de informações.⁷⁴

⁷⁰ GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Modelos de Relação Médico-Paciente**. [S. l.], 6 fev. 1999. Disponível em: www.ufrgs.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

⁷¹ Ibidem

⁷² Ibidem

⁷³ Ibidem

⁷⁴ Ibidem

Foi só recentemente, com inspiração das filosofias liberais focadas no homem (ênfases na primazia do indivíduo sobre o Estado), originadas no renascimento, que a questão da autonomia dos pacientes veio à tona, quebrando o padrão paternalista anteriormente vigente.

De fato, foi na modernidade que a liberdade passou a moderar o agir, passando o conceito de autonomia a ser compreendido como “a capacidade que o Homem encerra em si de aceder à verdade moral e através desse processo determinar o seu modo de agir”. A autonomia está, portanto, assentada na natureza racional do ser humano.⁷⁵

O consentimento livre e esclarecido, importante princípio ético e manifestação da essência do princípio da autonomia⁷⁶, passou então a demonstrar-se como importante peça da relação médico-paciente, representando o livre arbítrio que deve ser gozado pelo paciente. Os profissionais da saúde informam, e decerto influenciam nas decisões a serem tomadas por um paciente, mas não lhes podem impor sua vontade.

Neste sentido, para ser autêntico, o consentimento deve ser livre (isento de coerção, pressão ou fraude) e informado (ou seja, ao tomar uma decisão, deve o paciente estar ciente de todas as alternativas e consequências que esta envolve)⁷⁷.

Para Faden e Beauchamp, o consentimento livre e esclarecido é formado pelos seguintes componentes analítico-conceituais: Informação (esclarecimento), compreensão, voluntariedade, competência e consentimento⁷⁸.

Desta forma, o consentimento livre e esclarecido envolve a recepção e plena compreensão de uma informação sobre o procedimento a ser realizado, e a posterior emissão de um consentimento voluntário pelo paciente⁷⁹.

⁷⁵ LEITÃO, Filipe João Correia. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Departamento de Bioética - Faculdade de Medicina - Departamento de Bioética, Lisboa, 2010. Disponível em: core.ac.uk. Acesso em: 13 jan. 2021. p. 19.

⁷⁶ CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela, op. cit.

⁷⁷ MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 14 jan. 2021. p. 65.

⁷⁸ FADEN, Ruth R.; BEAUCHAMP, Tom L. **A History and Theory of Informed Consent**. Oxford: Oxford University Press, 1986.

⁷⁹ ALMEIDA, José Luiz Telles de. Op. Cit.

Percebe-se, portanto, que a autonomia é peça chave nas relações bioéticas, devendo estar, portanto, presente nas interações relativas ao parto. A informação, neste contexto, é peça chave para o sucesso do procedimento, garantindo que a parturiente seja protagonista e manifeste suas vontades com consciência.

3. ACOMPANHAMENTO DURANTE O PARTO E A REALIDADE ARACAJUANA

A presença de um acompanhante durante o parto é um reflexo da busca pela humanização do parto, emergindo “da necessidade de preencher a estranheza e a solidão da parturiente, devido ao contexto de hospitalização” e surgindo nos serviços que procuram dar à mulher uma participação mais ativa, com ênfase nos aspectos sociais e emocionais.⁸⁰

A presença de um acompanhante de confiança no momento do parto proporciona, comprovadamente, maior bem-estar à mulher, auxiliando-a a lidar melhor com a dor e tensão envolvida no processo de parto e pós-parto e suprimindo a necessidade de suporte contínuo no parto. Tal como afirmam Dodou et al,

A presença do acompanhante fornece o apoio emocional que a mulher necessita para vivenciar este momento, oferecendo conforto e encorajamento, o que permite reduzir os sentimentos de solidão, a ansiedade e os níveis de estresse causados pela vulnerabilidade da mulher e outros fatores, como desconforto durante o trabalho de parto, medo diante do que está por vir, ambiente não familiar e contato com pessoas desconhecidas. O apoio contínuo durante o parto e o nascimento também contribui para elevar a autoestima da mulher⁸¹

Ademais, o apoio de acompanhantes (especialmente através de toques e massagens) pode contribuir para a redução da dor, diminuindo a necessidade de intervenção anestésica e farmacológica, além de contribuir para o aumento de partos vaginais espontâneos, redução da duração do parto, diminuição da percepção negativa

⁸⁰ VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. Op. cit. p. 100.

⁸¹ DODOU, Hilana Dayana *et al.* Op. cit. p. 263.

da mulher, redução do número de cesáreas e diminuição do número de bebês com Apgar menor que cinco⁸².

É certo, porém que o apoio emocional é o mais significativo na contribuição do acompanhante, através da promoção de palavras de afeto e coragem.⁸³

Análise feita por Alves sobre a literatura que trata sobre o tema demonstra que o apoio à parturiente possui quatro dimensões, quais sejam: emocional; conforto físico; informacional e intermediação. O primeiro (emocional) refere-se à presença contínua de alguém que encoraje e tranquilize a parturiente. O segundo (conforto físico), relaciona-se com o auxílio em situações como banho, mudança de posição, oferecimento de alimentos/líquidos e redução da dor. O aspecto informacional, por sua vez, refere-se à transmissão de informações e orientações à parturiente sobre o que está acontecendo. Por fim, a intermediação perpassa a interpretação dos desejos da mulher e o auxílio na transmissão e negociação destes com os profissionais de saúde.

84

A Organização Mundial de Saúde, inclusive, em sua publicação “Assistência ao Parto Normal”, orienta que:

Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta a vontade: seu parceiro, sua melhor amiga, uma doula ou uma enfermeira-parteira.

Em alguns países em desenvolvimento, esta lista também poderia incluir a parteira leiga. Em geral, serão pessoas que conheceu durante sua gestação. Os profissionais que prestam assistência obstétrica devem estar familiarizados tanto com suas tarefas médicas quanto com as de apoio, e ser capazes de realizar ambas com competência e delicadeza. Uma das tarefas de apoio do prestador de serviços é dar a mulher todas as informações e explicações que esta deseje e necessite. A privacidade da mulher no ambiente de parto deve ser respeitada. Uma parturiente necessita seu próprio quarto, onde o número de prestadores de serviço deve ser limitado ao mínimo essencial.

⁸² BOREN, Meghan A. *et al.* Apoio contínuo para mulheres em trabalho de parto. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], 6 jul. 2017. Disponível em: www.cochranelibrary.com. Acesso em: 15 jan. 2021.

⁸³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal**: Um Guia Prático. Genebra: [s. n.], 1996. Disponível em: <http://abcdoparto.com.br/>. Acesso em: 14 jan. 2021. Sem paginação.

⁸⁴ ALVES, Marcela Caetano *et al.* The support of the companion chosen by the pregnant mother in a maternity school. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, [s. l.], v. 5, ed. 3, p. 153-164, jul./set. 2013. Disponível em: www.seer.unirio.br. Acesso em: 13 jan. 2021.

Diante da importância que o acompanhamento demonstra para um trabalho de parto bem sucedido, e como reflexo dos esforços de entidades e movimentos sociais em prol deste direito, surge, em 2005, a lei 11.108/2005⁸⁵.

3.1. CAMINHOS DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

A Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, também conhecida como “Lei do Parto” ou “Lei do Acompanhante” teve origem no projeto de lei do Senado número 195/2003, de autoria da Senadora (e, posteriormente ministra de Direitos Humanos) Ideli Salvatti.⁸⁶

A citada lei alterou a Lei 8.080/90 (chamada de “Lei do SUS”), inserindo nesta o Art. 19-J, com a seguinte redação:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo

Art. 19-L. (VETADO)

A título de informação, é importante deixar registrado que o Projeto de Lei previa também o Art. 19-L, que foi vetado, mas cuja redação original prelecionava que o descumprimento do previsto no Art. 19-J constituiria crime de responsabilidade, sujeitando o infrator a penalidades previstas na legislação.⁸⁷

⁸⁵ FRUTUOSO, Leticia Demarche; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, ed. 4, p. 909-917, Out-Dez; 2013. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 16 jan. 2021.

⁸⁶ BRASIL. **Projeto de Lei nº Projeto de Lei do Senado nº 195, de 2003**. Concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [S. l.], 20 maio 2003. Disponível em: www25.senado.leg.br. Acesso em: 15 jan. 2021.

⁸⁷ BRASIL. **Mensagem nº 198**, de 7 de abril de 2005. Comunico a Vossa Excelência que, nos termos do § 1º do art. 66 da Constituição, decidi vetar parcialmente, por inconstitucionalidade, o Projeto de Lei nº 2.915, de 2004 (nº 195/03 no Senado Federal), que "Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e

O dispositivo foi vetado pela presidência da República, através de manifestação do Ministério da Justiça, sob o argumento de que a regra proposta não encontraria nenhum diploma legal que discipline delitos de responsabilidade.

Por isso, o dispositivo proposto ofende o princípio da legalidade estipulada no art. 5º, inciso XXXIX, da Constituição, que dispõe: 'não há crime sem lei anterior que o defina, nem pena sem prévia cominação legal'. Primeiro, porque, ao remeter para o regulamento a conduta criminosa, deixa de atender ao postulado da reserva legal que impõe deva a tipificação de condutas emanar de espécie normativa elaborada segundo as regras do processo legislativo constitucional. Segundo, o preceito normativo em questão não observa a estrutura da norma penal, seja por não definir com clareza a conduta a ser incriminada seja por deixar de estabelecer o preceito secundário, o que desrespeita garantia elevada à condição de norma constitucional dos cidadãos de não serem punidos por crimes cuja descrição seja vaga e imprecisa e de não serem castigados com penas cuja espécie e quantidade não são determinadas previamente.

O dispositivo vetado ofenderia, portanto, o princípio da legalidade/reserva legal, além de não obedecer a estrutura da norma penal, não podendo definir um crime.

Retornando à discussão da norma que está, efetivamente, em vigor, seu parecer foi emitida pela Comissão de assuntos sociais, com relatoria da Senadora Patrícia Saboya Gomes, que, em seu parecer, destacou os pontos positivos que a presença do acompanhante no parto pode trazer à parturiente e ao recém-nascido:

A implantação do programa de humanização do parto reduz o tempo de internação, as complicações maternas e infantis durante e após o parto e o número de partos cesareanos, o que remete à redução de custos para o sistema, desonerando o orçamento do setor saúde, permitindo, dessa forma, alocar recursos em áreas mais sensíveis e carentes da atenção à saúde.⁸⁸

Importante ressaltar que foi a comissão de assuntos sociais, neste parecer, que sugeriu a implantação do dispositivo sancionatório vetado.

pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS". [S. l.], 7 maio 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

⁸⁸ COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO FEDERAL. **Parecer nº 002**, de 11 de dezembro de 2003. Da comissão de assuntos sociais, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 195, de 2003, que concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [S. l.], 11 dez. 2003. Disponível em: legis.senado.leg.br. Acesso em: 13 jan. 2021. Sem paginação.

A lei em comento veio à tona em um contexto de humanização do parto, trazido à rede pública, inicialmente, pela portaria número 569 do Ministério da Saúde, a qual instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. No anexo II da citada portaria, que previa os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto, a garantia de condições para que as parturientes tivessem direito a um acompanhante durante a internação já estava prevista, mesmo que este direito estivesse limitado à possibilidade estrutural do estabelecimento de saúde⁸⁹.

Posteriormente, com a implantação da Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS, em 2003, houve, aos poucos, maior estímulo à aplicação dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, objetivando mudanças no modo de cuidado e aprimoramento da comunicação entre os sujeitos, a fim de combater relações de poder e práticas desumanizadoras.⁹⁰

Após a entrada da Lei 11.108/2005 em vigor, diversos outros documentos foram publicados, a fim de efetivar o cumprimento desta, tal como a Portaria 2.418, também de 2008, que autorizou o pagamento de despesas com o acompanhante – incluindo acomodação e alimentação. No âmbito privado, regramento semelhante veio somente em 2010, com a Resolução Normativa 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), a qual estabeleceu que os atendimentos obstétricos no setor privado, independentemente do plano de saúde, deveriam cobrir todas as despesas com acompanhante⁹¹.

Em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) reafirmou o direito ao acompanhamento, estabelecendo parâmetros para que os serviços assegurem estrutura física adequada e segura para acompanhantes e profissionais da saúde⁹².

Em 2011, com a portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, foi lançado o projeto denominado “Rede Cegonha”, que consiste em uma “rede de cuidados que visa

⁸⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. [S. l.], 1 jun. 2000.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

⁹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. [S. l.], 22 out. 2015.

Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

⁹¹ RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* Op. Cit.

⁹² Ibidem.

assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”.⁹³

Neste, restou prevista, no componente “Parto e Nascimento” a garantia de acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós parto imediato, reiterando, portanto, um Direito já previsto desde 2005.

A constante reiteração do Direito ao acompanhante durante o parto revela uma triste realidade: o seu constante descumprimento, ocasionado, muitas vezes, por resistência dos profissionais envolvidos no parto ou por inadequação da estrutura organizacional⁹⁴.

Tais resultados demonstram a necessidade de indução dos profissionais da saúde e dos gestores a um ideal de humanização, a fim de que haja uma repadronização da assistência e ampliação da atenção integral.⁹⁵

Por meio de pesquisa de campo, realizada nos moldes da metodologia apresentada, foi possível identificar, em Aracaju, as citadas falhas no cumprimento da lei 11.108/2005.

3.2. PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES ARACAJUANAS SOBRE AUTONOMIA E ACOMPANHAMENTO

Inicialmente, cabe informar que o questionário foi dividido em Três Seções. A primeira delas tratava das informações pessoais da mulher (Escolaridade, idade e renda familiar); a segunda tratava das informações sobre o parto (ano do parto, maternidade, tipo de parto e risco da gestação), e a terceira tratava da experiência do

⁹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [S. l.], 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jan. 2021. Sem paginação.

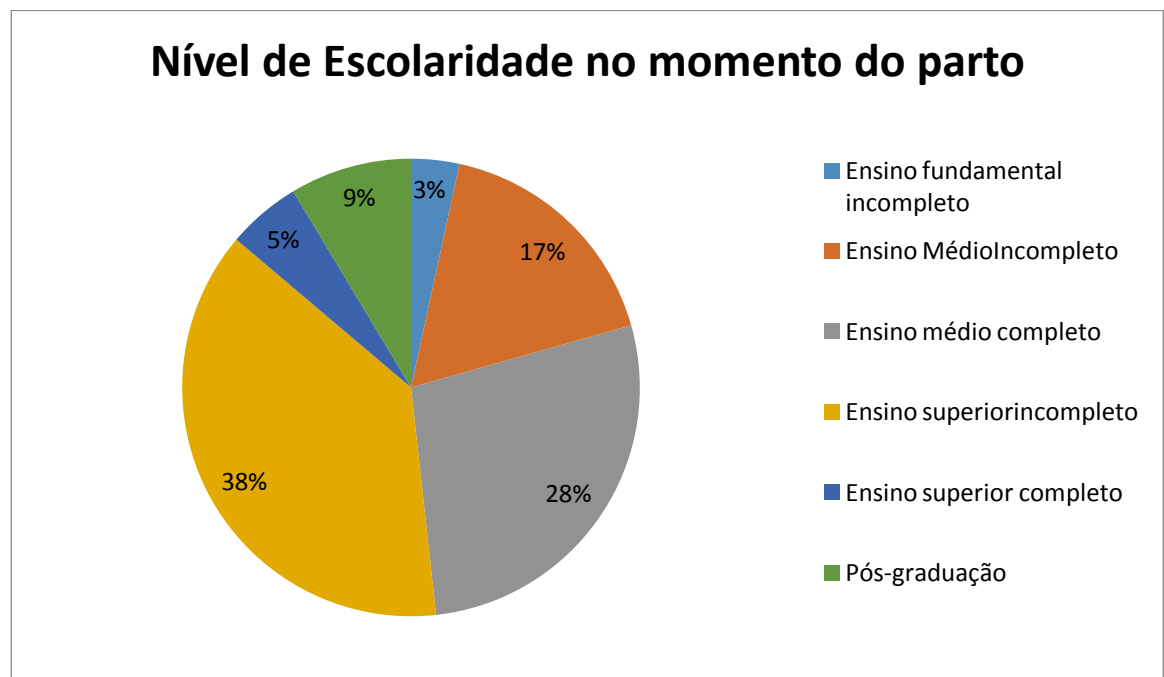
⁹⁴ BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto contexto** - enfermagem, Florianópolis, v. 23, ed. 2, Abril/Junho 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 9 jan. 2021.

⁹⁵ SANTOS, Karla Thayse de Aquino *et al.* Dez anos da lei nº 11.108/2005: desafios e perspectivas. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, ed. 1, p. 25-42, Março 2017. Disponível em: periodicos.set.edu.br. Acesso em: 10 jan. 2021.

parto em si, trazendo questionamentos sobre o conhecimento da lei do acompanhante, e se o hospital ofereceu à mulher, sem restrições, o direito de ser acompanhada. Nesta seção foram colhidas, também, relatos sobre a percepção subjetiva da mulher com relação à autonomia, acompanhamento, e experiência de parto, além de terem sido questionados os motivos dados a ela nos casos em que o acompanhamento foi negado.

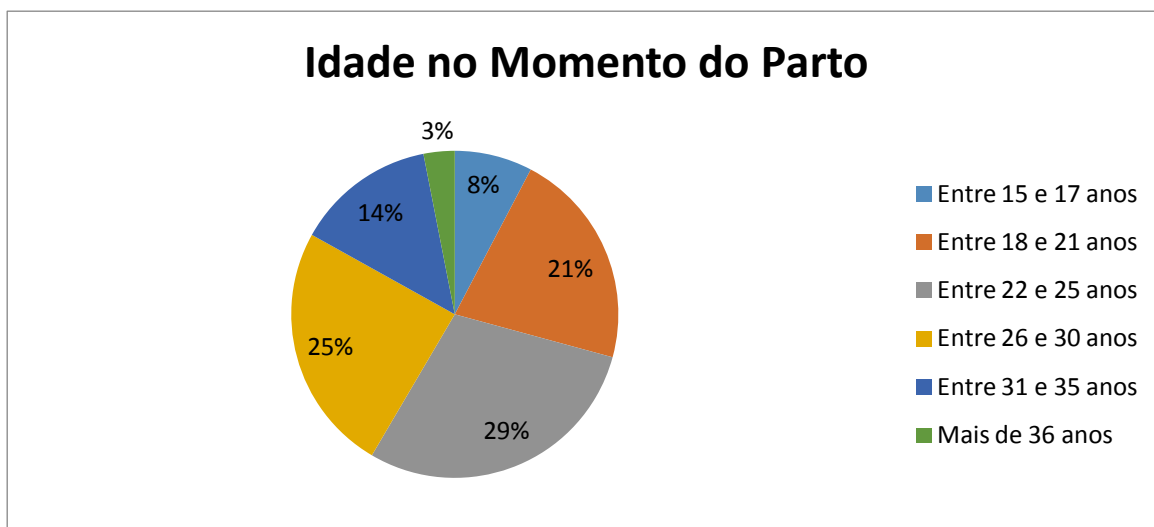
Iniciando a análise dos resultados das perguntas trazidas na primeira seção (informações pessoais), tem-se que dentre as mulheres questionadas, a maior parte delas tinha ensino superior incompleto (37,9%) ou ensino médio completo (27,6 %) estando maior parte delas nas faixas etárias entre 22 e 25 anos (29,2%) e 26 e 30 anos (24,6 %).

Figura 1 – Gráfico indicando a escolaridade no momento do parto



Fonte: Elaboração própria

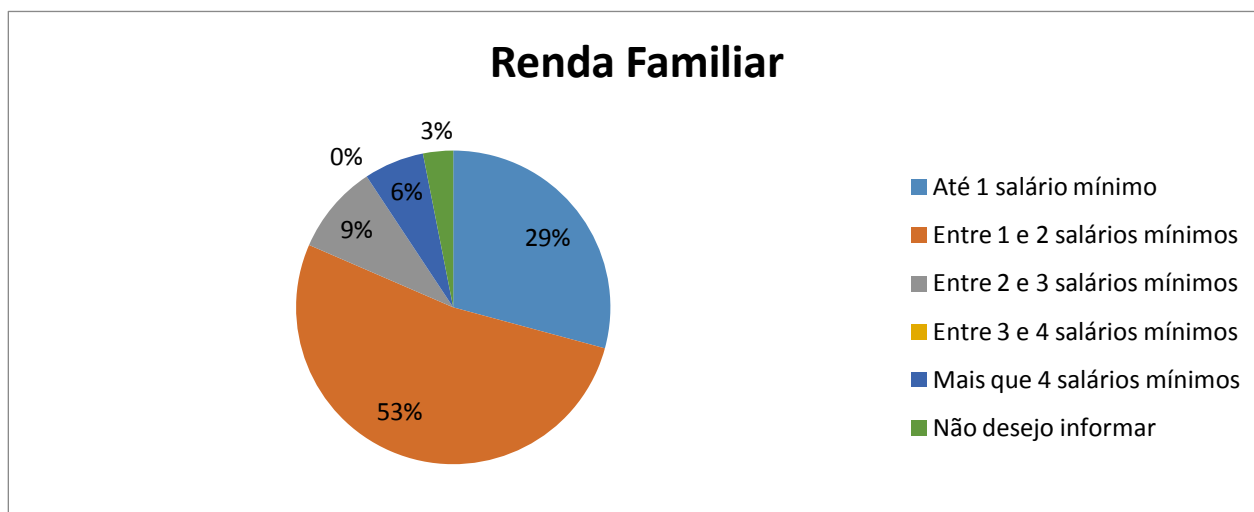
Figura 2 – Gráfico indicando a idade da parturiente no momento do parto



Fonte: Elaboração própria

Por fim, a maioria expressiva das mulheres entrevistadas tinham renda familiar de até dois salários mínimos, sendo que 29,2% tinham renda familiar de até um salário mínimo e 52,3% tinham renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Figura 3 – Gráfico indicando a renda familiar no momento do parto



Fonte: Elaboração própria

Na segunda seção, por sua vez, já com relação ao ano do parto, importa destacar que as maiores das mulheres que responderam o questionário tiveram filhos em 2019, havendo, porém, entre as respostas, ao menos um parto por ano elegível à pesquisa (a partir de 2005).

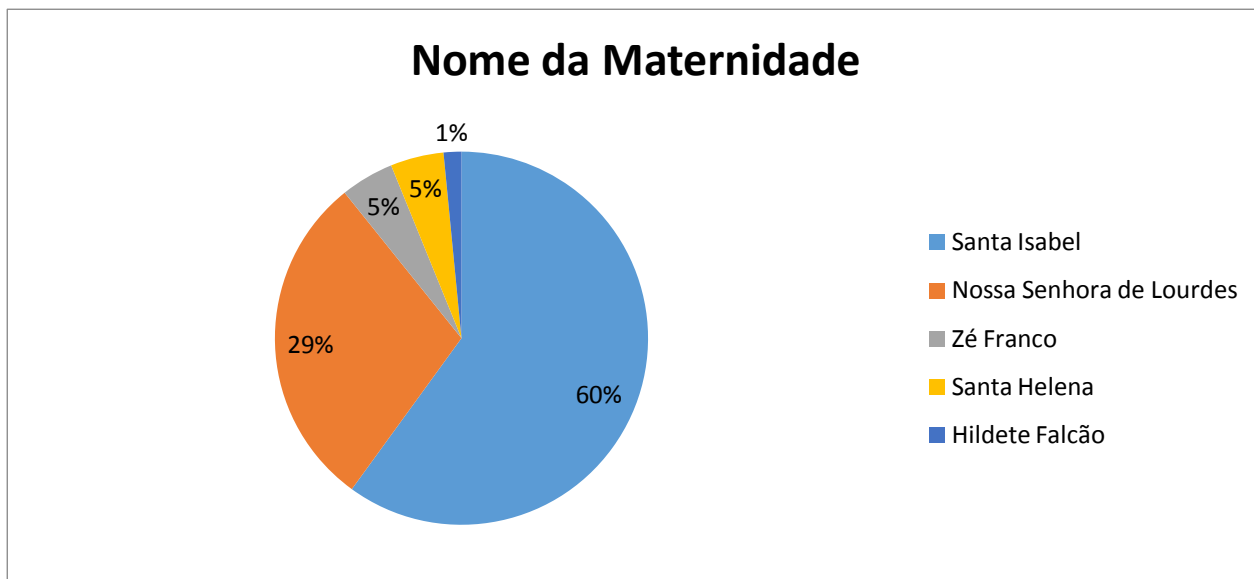
Figura 4: Gráfico descrevendo o ano de realização do parto



Fonte: Elaboração própria

As maternidades participantes da pesquisa foram Santa Isabel, Nossa Senhora de Lourdes, Zé Franco, Hildete Falcão e Santa Helena, que, apesar de ser particular, trabalha com atendimento em convênio com o SUS. Entre estas, a maternidade Santa Isabel foi a maternidade que mais atendeu as mulheres que responderam o questionário (60%).

Figura 5: Gráfico indicando a proporção de maternidades

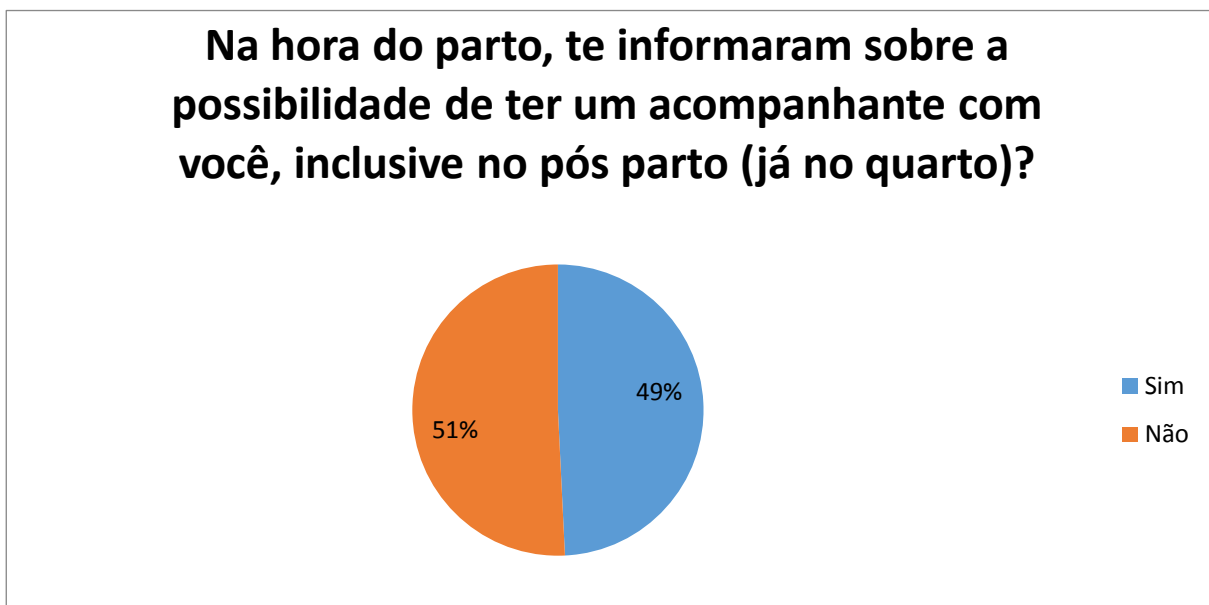


Fonte: Elaboração própria

Após responder esta seção, partiu-se para as perguntas que, pode-se dizer, são as mais importantes do questionário. Inicialmente, fez-se uma triagem sobre o conhecimento das mulheres sobre a Lei 11.108/2005 (lei do acompanhante). Os resultados demonstraram que grande parte das mulheres (61,5%) já conhecia a lei antes do parto, desta forma, teriam conhecimento do seu direito, enquanto 21,5% conheceram a citada lei após o parto. Por fim, 16,9% das entrevistadas declararam não conhecer a lei.

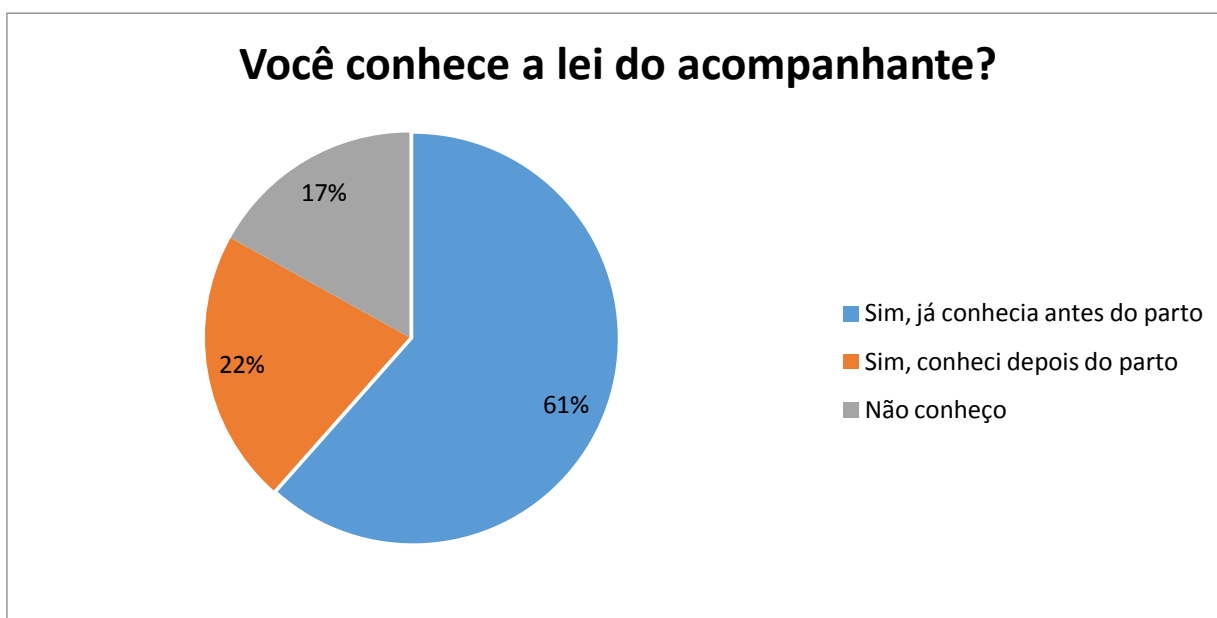
Foi perguntado, também, às mulheres, se elas foram informadas sobre a possibilidade de ter um acompanhante em tempo integral inclusive no pré e pós-parto. Nesta pergunta, 49,2% das respostas foram afirmativas e 50,8% foram negativas, sendo importante ressaltar que a diferença entre as respostas foi só de uma pessoa (33 respostas para não e 32 respostas para sim)

Figura 6: Gráfico indicando o percentual de mulheres que foram informadas sobre a possibilidade de ter acompanhamento.



Fonte: Elaboração própria

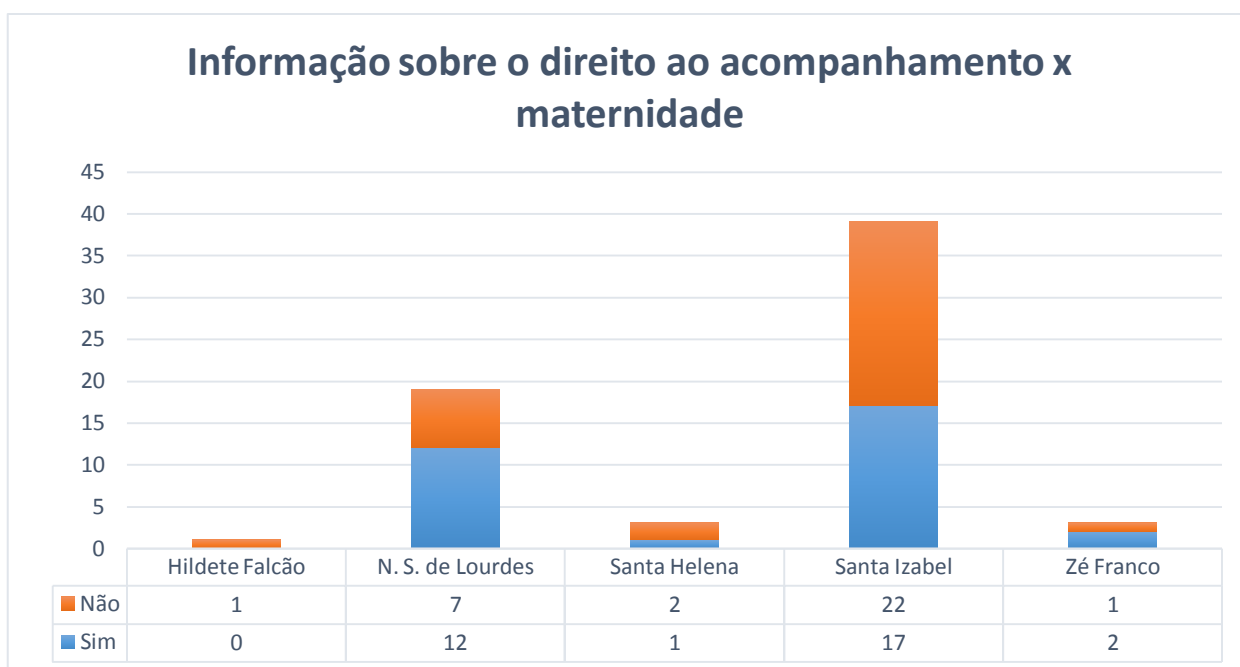
Figura 7: Gráfico indicando o percentual de mulheres que tinham conhecimento sobre a lei do acompanhante



Fonte: Elaboração própria

Para melhor compreensão dos dados, e com o objetivo de verificar se as porcentagens de descumprimento da lei vinham de uma maternidade específica foi feito um cruzamento entre a pergunta “Te informaram sobre a possibilidade de ter acompanhante” com os dados referentes à maternidade em que o parto ocorreu. Através deste cruzamento, foi possível perceber que, dentre as maternidades, a média aproximada das gestantes que eram informadas (ou não) de seu direito ao acompanhamento permanecia a mesma, apesar da maternidade Santa Isabel apresentar média ligeiramente maior. Vejamos:

Figura 8: Gráfico indicando a relação entre maternidade e direito ao acompanhamento



Fonte: Elaboração própria

Já no que se refere à disponibilização da informação da possibilidade do acompanhante, em relação ao ano do parto, pôde-se perceber que, com relação aos 28 (vinte e oito) partos registrados no questionário realizados até 2015 (10 anos após promulgação da lei), somente 4 (quatro) mães relataram que foram informadas sobre o

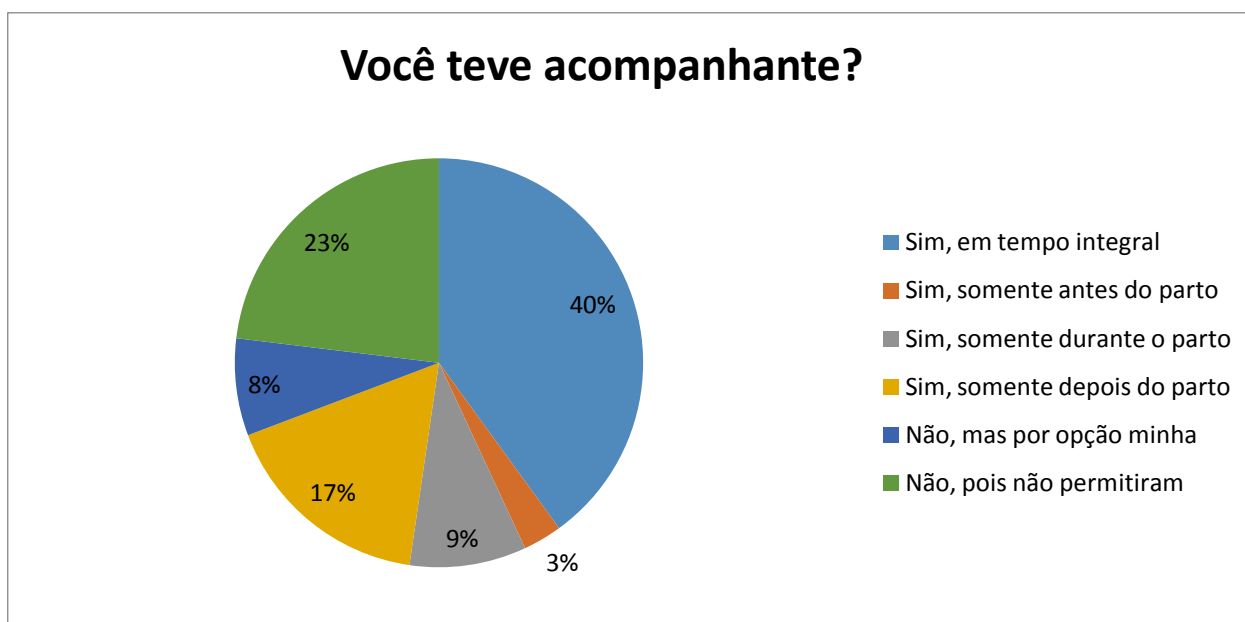
direito ao acompanhante, significando que 85,7% das mães não foram informadas de seu direito.

No que se refere aos partos realizados a partir de 2016, a situação se inverte. Dos 36 partos relatados, apenas 9 (nove) não tiveram a informação de que o acompanhamento era possível, significando que somente 25% das mães não foram informadas do seu direito.

A fim de esclarecer a real ocorrência ou não do acompanhamento, foi inserida no questionário a pergunta “Você teve acompanhante?”, onde, nas respostas, foram expostas possíveis limitações que poderiam ocorrer. Vejamos os resultados:

Desta forma, percebe-se que somente 40% das mulheres puderam ter acompanhante em tempo integral, tal como previsto na lei em apreço. Às mulheres que responderam “Não”, ou “Sim – com restrições”, foi requerido que explicassem as justificativas que lhe foram dadas para a limitação com relação ao horário de presença ou tipo de acompanhante.

Figura 9: Gráfico indicando o percentual de mulheres que tiveram direito ao acompanhante



Fonte: Elaboração própria

Por ser uma pergunta aberta, as participantes puderam expor suas experiências com detalhes. Grande parte delas informa a impossibilidade de entrarem pessoas do sexo masculino nos quartos, sendo a presença do pai da criança possível apenas nos horários de visita.

Em alguns casos, o pai pôde assistir o parto, enquanto houve casos em que a mulher precisou, de última hora, providenciar uma acompanhante do sexo feminino para que tivesse alguém ao seu lado durante o parto.

Houve relatos também onde a mulher ficou, após o parto, sozinha, aguardando a liberação de vagas no quarto ou que passasse o efeito da anestesia.

Com relação ao momento pré-parto, foi informado no questionário de que, devido à superlotação ou falta de materiais, não seria possível acompanhante, ainda que em situações onde as mulheres ficaram mais de 12h aguardando a indução do trabalho de parto.

Grande parte dos relatos, porém, focam na informação de que não foi possível o acompanhamento, e que a presença de familiares ou pessoas de confiança somente foi permitida nos horários de visita; e ainda que o único acompanhamento possível seria de familiares ou pessoas do sexo feminino, havendo inclusive relatos de que a vigilância da maternidade checava os quartos, ao fim do horário de visitas, para garantir que não havia pessoas do sexo masculino presentes.

Houve ainda a alegação de que o acompanhamento seria permitido somente para parturientes menores de idade.

Há um relato, em especial, onde a mulher relata viver sozinha na cidade, sem familiares, sendo somente ela e o esposo. Em sua resposta, explica que precisou ficar, por 10 (dez) dias, sozinha no hospital, já que seu recém-nascido ficou internado para tratamento de uma infecção. Por precisar dar ao seu filho os cuidados devidos por si só (já que a presença do esposo somente era permitida nos horários de visita), teve intercorrências em sua cesária, tratada ainda no hospital.

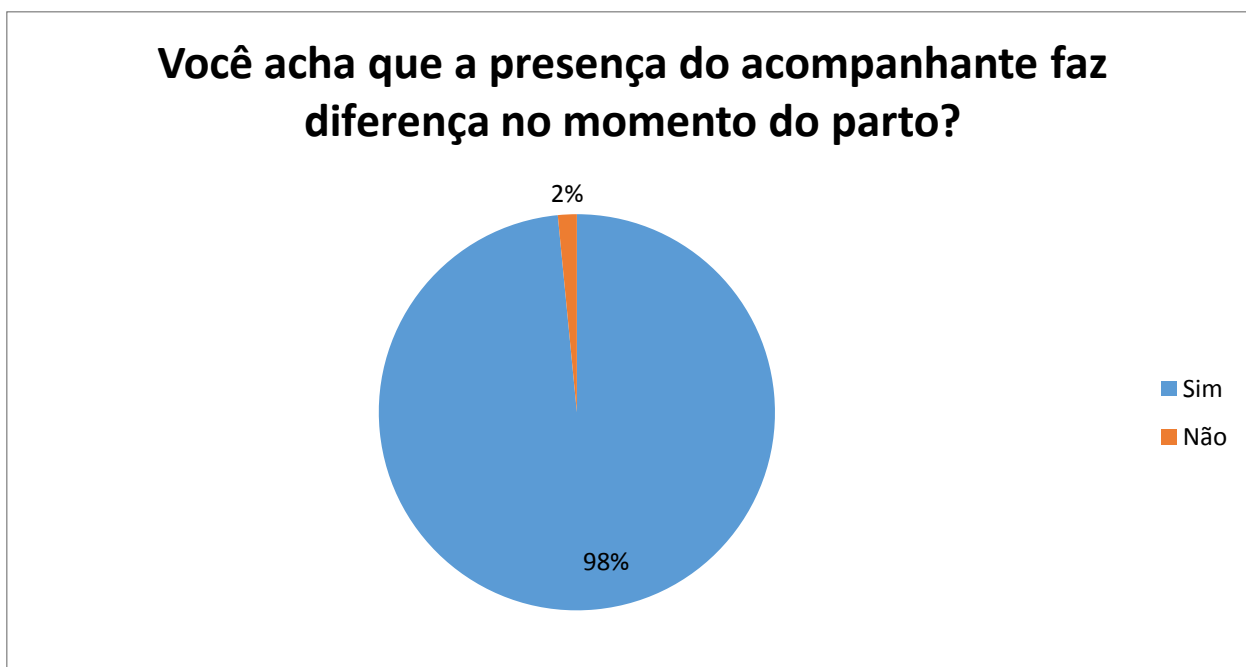
Pôde-se perceber, através das respostas, que grande parte das mulheres reclamou do fato de não terem sido informadas do seu direito, e, no caso em que pediram a presença de algum acompanhante, esta somente foi permitida em algum

momento do parto, não em tempo integral. Neste sentido, importa relatar que, na maioria das vezes, quando permitida, a presença era possível somente na sala de parto, algumas vezes após (principalmente no caso de acompanhantes do sexo feminino), havendo pouquíssimos relatos sobre a possibilidade de acompanhamento no pré-parto.

Portanto, apesar da divergência de como isso acontece, percebeu-se que ao menos 50% das mulheres foram impedidas de gozar do direito ao acompanhamento em tempo integral.

A fim de buscar entender melhor o sentimento das mulheres com relação à influência do acompanhante no momento do parto, foi-lhes perguntado se elas achavam que a presença deste fazia alguma diferença. O resultado foi, certamente, impactante, com 98,5% das mulheres respondendo que sim.

Figura 10: Gráfico indicando a opinião das parturientes sobre a presença do acompanhante



Fonte: Elaboração própria

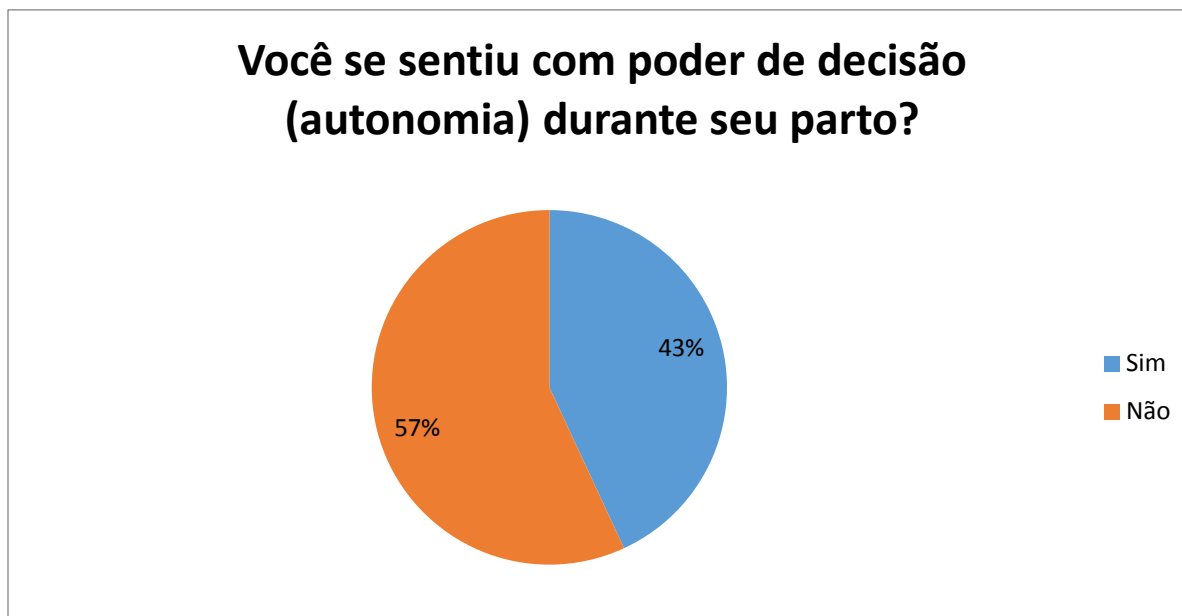
Às que responderam “Sim”, foi requerido que informasse como elas achavam que o acompanhante escolhido por elas poderia interferir no momento do parto e da maternidade.

A maioria das respostas aborda a importância do acompanhante por trazer conforto, calma, apoio psicológico, e, principalmente, segurança (tanto no sentido de segurança interior quanto no sentido de ser alguém que tem a capacidade de observar externamente o parto e seus processos, evitando, assim, excessos por parte da equipe do hospital).

Neste sentido, houve relatos que expressaram a importância que o acompanhante teve no momento do parto, tranquilizando à mulher em ocasiões de violência obstétrica, garantindo que a parturiente receba a plena atenção da equipe, informando as vontades da mulher e garantindo que elas sejam cumpridas, e, no geral, garantindo que nada de ruim possa acontecer a ela – já que “em muitos momentos durante a preparação e o parto a mulher se sente indefesa e acaba sofrendo tipos de violência que não consegue identificar” (sic). Foi citado, também, o medo de desacordar e ficar vulnerável, e a “deselegância” de alguns médicos com as mulheres.

Ainda com o objetivo de compreender como se dá o sentimento de autonomia entre as que pariram, foi feita a seguinte pergunta:

Figura 11: Gráfico indicando a percepção das parturientes sobre a autonomia no momento do parto



Fonte: Elaboração própria

Tal como na pergunta anterior, foi questionado às que responderam “Não” (37 mulheres) o motivo que as levou a esta opinião.

Nos relatos, abordaram, principalmente, a falta de comunicação entre profissionais da saúde e parturiente. Para melhor compreensão da dimensão do problema, optamos por apresentar algumas respostas que refletem este sentimento:

Tabela 1: seleção de respostas apresentada que abordam a questão da falta de autonomia no momento do parto.

“Já me avisaram que iam cortar, cortando” [sic]
“tudo foi decidido entre os médicos”;
“Ficamos exposto a vontades deles” [sic];
“Não perguntam nada sobre o que eu queria”;
“Não mim disseram nada sobre qual seria os procedimentos do parto.” [sic];
“A sensação era de ser subordinada e simplesmente precisava atender o que diziam”;
“Mem senti um animal acuado” [sic];

“Todo o processo do parto foi muito impositivo, em nenhum momento as enfermeiras perguntaram se estava me sentindo bem com alguns procedimentos, só informavam o que iriam fazer”;
“Não pude decidir entre ter parto normal ou cesárea. Isso me machucou muito”;
“Eu estava muito desconfortável, vulnerável a mercê das decisões dos outros”;
“Eles não perguntaram nada”;
“Eu apenas segui as ordens”;
“Há todo tempo faltaram informações” [sic];
“Tudo que eu falava as enfermeiras riam”;
“Devido a postura médica e procedimentos dos atendentes, não fui em momento algum atendida com o poder de decisão”;
“São vários profissionais e eles não tem comunicação entre si, ou seja, cada um dizia uma coisa e quando fazia algo mandado por um, outro me questionava ou me chamava a atenção p não fazer [sic] ”;
“Eu não [tinha] informação, como podia escolher?”
“Pelo fato de ser leiga no momento, não sabia ao certo o que estava acontecendo, hoje sei que houve negligência por parte da equipe como um todo”;

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se, portanto, a existência de um padrão, onde a maioria das mulheres reclama da falta de informação dada a elas no momento do parto e a realização de procedimentos sem a sua autorização.

Por fim, na última pergunta, foi dada às mulheres a oportunidade de escrever relatos pertinentes sobre a experiência de parto das mesmas. Tal pergunta foi sinalizada como opcional, não tendo relação direta com o objeto da pesquisa, mas dialogando com o mesmo. Ainda assim, 45 (quarenta e cinco) mulheres optaram por respondê-la.

No meio de comentários que elogiavam a equipe médica, e a experiência, houve também relatos que criticavam a estrutura hospitalar e falta de preparo de alguns profissionais, além da falta de cuidado, atenção e humanidade com as gestantes.

Ressalte-se, nesta seção, que algumas mulheres que responderam esta pergunta, apesar de terem elogiado a equipe e o tratamento recebido, afirmaram que a

experiência teria sido diferente caso pudessem ser acompanhadas por alguém de sua confiança.

Sigamos, no capítulo seguinte, para a discussão dos resultados apresentados.

4. QUANDO A TEORIA ENCONTRA A PRÁTICA: O QUE ESPERAR DA REALIDADE?

Os resultados apresentados no capítulo anterior nos oferecem considerável arcabouço empírico, a fim de melhor compreendermos a real situação do cumprimento da lei do acompanhante em Aracaju e região metropolitana.

Iniciemos a discussão pelo questionamento que representa o ponto central da pesquisa: “Na hora do parto, te informaram sobre a possibilidade de ter um acompanhante com você, inclusive no pós-parto (já no quarto) ”?

O resultado, apesar de não ter sido decepcionante, também não se mostrou ideal, tendo representado um percentual equilibrado (51% para “não” e 59% para “sim”).

O alto percentual de mulheres que não foram informadas de seu direito demonstra e reflete uma tendência ao descumprimento (ou no mínimo uma falta de esforço para o cumprimento), por parte dos estabelecimentos de saúde, da Lei 11.108/2005.

Tal resultado corrobora com aqueles encontrados na literatura. Uma ampla gama de pesquisas realizadas pelo Brasil demonstra que o a dificuldade em assegurar um acompanhamento integral no momento do parto é ainda, unanimidade (vide Rodrigues et al⁹⁶, Ribeiro-Fernandes⁹⁷, Menezes et al⁹⁸ e d’Orsi et al ⁹⁹).

No mais, a falha na disponibilização de informações para a parturiente (no caso, a comunicação sobre a possibilidade de possuir um acompanhante), fere os requisitos

⁹⁶⁹⁶ RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* Op. Cit.

⁹⁷ RIBEIRO-FERNANDES, Cristiane Cremiude. Revisão de literatura: a lei do acompanhante - sua importância e descumprimento. **Residência Pediátrica**, [s. l.], 6 set. 2019. Disponível em: residenciapediatria.com.br. Acesso em: 16 jan. 2021.

⁹⁸ SANTOS, Karla Thayse de Aquino *et al.* Op. Cit.

⁹⁹ DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 16 jan. 2021.

do consentimento livre e esclarecido, afinal, como pode optar uma parturiente por ter alguém a acompanhando se não a informam desta possibilidade?

Observou-se também que o percentual de mulheres que foram informadas de tal direito variou drasticamente com relação ao ano de realização do parto (nos partos realizados entre 2005 e 2010, 85,7% das parturientes não foram informadas de seu direito, enquanto que nos partos realizados a partir de 2016, somente 25% das mães não foram informadas desta possibilidade).

Tal percentual pode estar refletindo a recente e gradativa mudança de paradigma que está existindo com relação à humanização da assistência ao parto, considerada com um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista.¹⁰⁰

Apesar do início das reivindicações por um processo de humanização do parto não serem recentes, o boom das redes sociais e da internet como difusora do conhecimento, possibilitando a ampliação da discussão sobre o tema, certamente contribuiu para a popularização deste, podendo ser a explicação para tamanha disparidade nos resultados.

É importante lembrar, porém, que a mera informação de que é possível um acompanhante não garante que a mulher tenha plena possibilidade de escolha do mesmo, muitas vezes por opção/limitação institucional ou dos profissionais de saúde. Em pesquisas preliminares, percebeu-se que apesar de muitas maternidades permitirem acompanhante, há ocasiões em que eles só são permitidos em certos momentos (tais como horários de visita), ou ainda, são impostas restrições com relação ao sexo do acompanhante (visto que o quarto é, no geral, compartilhado).

Na pesquisa restou demonstrado que 57% (cinquenta e sete por cento) das mulheres não puderam ser acompanhadas em tempo integral, sendo que a 23% (vinte e três por cento) o acompanhamento não foi permitido devido à falta de autorização da instituição.

¹⁰⁰ CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], n. 6, ed. 13, Nov./Dez. 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

No fim, somente 40% (quarenta por cento) das mulheres que responderam à pesquisa declararam que puderam ter um acompanhante em tempo integral, que é o determinado na lei objeto da presente pesquisa. Às mulheres que não foram acompanhadas ou foram acompanhadas somente parcialmente, foi perguntada a causa desta ocorrência.

As respostas refletem as causas apontadas pela literatura. Brüggemann et al expôs, como uma das causas do descumprimento da lei, a falta de estrutura física do hospital, afirmando que esta, por muitas vezes, não comporta mais pessoas, ou não dá às parturientes a privacidade que lhes é necessária, criando obstáculos à permanência de terceiros¹⁰¹.

Tal fato restou demonstrado no considerável número de respostas que apresentaram, como justificativa, o fato de que não seria possível a entrada de acompanhantes do sexo masculino no pós-parto, vez que a enfermaria era compartilhada com outras mulheres. A presença de homens (inclusive do pai da criança) só seria possível, portanto, em horários de visita.

No mais, também houveram respostas que mencionaram a superlotação do hospital e a falta de vagas na enfermaria.

Tais entraves revelam-se como um descumprimento não só da Lei do Acompanhante, mas também da Resolução N° 36/2008 do Ministério da Saúde, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Nesta, resta previsto a necessidade de capacitação dos profissionais para a realização de um atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes, além de regulamentar a necessidade de adaptação da estrutura para recebimento do acompanhante, determinando que haja, por exemplo, uma poltrona para este ao lado do leito. A mesma resolução, em seu item 9, determina a obrigação do serviço de saúde em permitir a presença de acompanhante, garantindo a este e à parturiente a garantia de sua privacidade.

¹⁰¹ BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set-out 2005. Disponível em: www.scielo.org/. Acesso em: 21 jan. 2021.

No Art. 4º da resolução, restou determinado o prazo de 180 dias para que os serviços em funcionamento se adaptassem ao novo regramento, porém observa-se, através das respostas fornecidas, que tal determinação não foi, até hoje, cumprida.

Outro padrão de resposta identificado na pesquisa foi a mera negativa, sem justifica alguma, demonstrada em resposta como “são regras do hospital” ou “não é permitido pela diretoria”, expondo, portanto, tal como expõe Brüggemann et al, a falta de apoio institucional para efetivação da lei do acompanhante, seja por falta de discussões sobre o tema, seja por falta de diretrizes institucionais.

Sobre a percepção pessoal das mulheres sobre o benefício de se ter um acompanhante, a pesquisa identificou que 98,5% das mulheres afirmaram que a presença deste faria diferença no momento do parto. Foi permitido a elas também explicar de que forma se daria tal influência. As respostas deste último questionamento refletem o impacto que, de fato, a presença de um acompanhante traz.

As mulheres indicaram o acompanhante como um importante apoio psicológico, capaz de dar força, suporte e calma.

Um considerável número de mulheres cita o fato de que o acompanhante pode ser o canal de comunicação entre profissionais da saúde e a parturiente, garantindo que suas escolhas sejam realizadas (com relação, por exemplo, ao tipo de parto) além de ser uma garantia de proteção para o caso desta ficar desacordada e vulnerável, não deixando que nada ruim aconteça, garantindo a atenção dos profissionais e coibindo a “deselegância” de alguns médicos, segundo a palavra utilizada pela entrevistada.

Como exposto, tais respostas comprovam um impacto já demonstrado na literatura, motivo pelo qual as diretrizes nacionais e internacionais a indicam (Vide Gomes et al¹⁰², Dodou et al¹⁰³, Souza e Gualda¹⁰⁴, Silva e Siqueira¹⁰⁵ entre outros).

¹⁰² GOMES, Iris Elizabete Messa *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 9, ed. 61, p. 1-18, 2019. Disponível em: periodicos.ufsm.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

¹⁰³ DODOU, Hilana Dayana *et al.* **A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento**: percepções de puérperas. Op. cit.

¹⁰⁴ SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

¹⁰⁵ SILVA, Ana Verônica R; SIQUEIRA, Arnaldo A F de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. **Revista brasileira de crescimento e**

Neste aspecto, Silva e Siqueira¹⁰⁶ abordam a importância das relações interpessoais nas práticas de saúde, explicando que há uma influência considerável da dimensão relacional nelas. As autoras citam as contribuições de Karl Jaspers, médico e filósofo que, na década de 1960, propôs a necessidade de recuperação dos aspectos subjetivos na comunicação médico-paciente, tratando-a como elemento decisivo para uma melhor qualificação do serviço de saúde. Em suas palavras:

a prática clínica decorrente do reconhecimento das formulações winnicottianas permitiu sua expansão para situações em que, embora distintas das práticas psicoterápicas estrito senso, os cuidados de saúde são prestados caracterizando-se igualmente como situações perpassadas pelo jogo interativo da relação interpessoal isto é, pelo jogo entre as identificações e contraidentificações dos envolvidos.

No mais, como expõem Faúndes e Cecatti¹⁰⁷, a gestação traz com ela diversos impactos psicológicos, tais como temores e inseguranças, que não costumam ser tratados durante o pré-natal.

Neste aspecto, o suporte emocional e social durante esse ciclo vem, em diversos estudos, os quais têm encontrado impacto positivo desse suporte da experiência emocional da mãe, evolução do trabalho de parto e, nas condições de saúde do recém-nascido, assim como foram identificados decréscimo nas taxas de cesárea e uso de analgésicos.¹⁰⁸

Partindo para a discussão específica sobre autonomia, tema central deste trabalho, 56% das mulheres que responderam à pesquisa afirmaram não terem se sentido com poder de decisão durante o parto. Ao serem questionadas sobre as causas, grande parte das mulheres informaram que tudo foi decidido entre os profissionais, nada foi perguntado a elas, e que a elas caberiam somente obedecer ao que eles dissessem. A comunicação sobre o procedimento só ocorria, muitas vezes, durante a execução deste.

desenvolvimento humano, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-135, Abril 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 8 jan. 2021.

¹⁰⁶ Ibidem, p. 128.

¹⁰⁷ FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], ano 1991, v. 7, n. 2, p. 150-173, Abril/junho 1991. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 12 jan. 2021.

¹⁰⁸ SILVA, Ana Verônica R; SIQUEIRA, Arnaldo A F de. op. Cit.

Destaque-se uma das respostas, que reflete muito bem a discussão teórica sobre autonomia que foi feita no primeiro capítulo: “Eu não [tinha] informação, como podia escolher? ”

Decerto, tal observação reflete a imprescindibilidade do elemento “informação” para a formação do consentimento. As relações entre profissionais da saúde e pacientes devem ser permeadas por uma troca constante de informações, vez que toda decisão autônoma precisa ser consciente, e o ato de consentir só pode ser considerado válido com uma explicação clara dos benefícios e riscos de cada procedimento.¹⁰⁹

Os resultados da pesquisa demonstram um descumprimento da autonomia como pressuposto fundamental da ética, assim como uma desconsideração do princípio da humanidade (espelhada especificamente na declaração dada por uma das entrevistadas, que afirmou ter sentido que não era ouvida, e que sua dor não era escutada)¹¹⁰, realizada, muitas vezes, com base em uma justificação paternalista.

Devemos, porém, reconhecer a influência que a institucionalização do parto possui neste aspecto, contribuindo para a inserção de procedimentos, muitas vezes, desnecessários e incômodos para a parturiente. Tais procedimentos, em conjunto com a constante medicalização do corpo feminino demonstram o controle que emana da hegemonia do poder, realizada através da manipulação dos corpos.¹¹¹

E, neste aspecto, o poder emana das instituições, através dos conceitos de hierarquia, ordem e disciplina, materializados no “cerimonial de internação” realizado quando da entrada do hospital (separação da família, remoção de roupas e objetos pessoais, etc), e na transformação do parir em uma linha de produção, que faz com que a mulher seja, ao menos naquele momento, propriedade institucional.¹¹²

A retirada do protagonismo da mulher e a atribuição dos profissionais como protagonistas do momento do parto – com a consequente construção de relações de

¹⁰⁹ CASTRO, Carolina Fernandes de *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 522-530, Julho/Setembro 2020. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 jan. 2021.

¹¹⁰ CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela, op. cit.

¹¹¹ NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

¹¹² *Ibidem*.

poder entre profissionais e parturientes – transformou-se em um cenário ideal para a violência obstétrica, fenômeno retratado, especialmente, nas respostas à última pergunta da pesquisa, não obrigatória, na qual questionou-se a experiência geral das mulheres em seu parto.

Uma das frases mais impactantes lidas entre as respostas apresentadas foi a seguinte: “Mim senti um animal acuado. Foi horrível” (sic). Esta declaração, combinação de duas respostas dadas pela mesma mulher na pesquisa, reflete a falta de consideração que a mesma sofreu durante o seu atendimento. Importa dizer que a comparação com animais foi feita por duas das entrevistadas.

Dentre as respostas, foi possível observar ainda algumas reclamações sobre maus tratos, falta de assistência, falta de tato dos profissionais, inserção de sonda sem anestesia e “judiação”, além de falhas na estrutura física do hospital.

No mais, muitas elogiaram o atendimento e falaram que tudo correu bem, citando como falha somente a falta do acompanhante, enquanto outras fizeram questão de ressaltar que a experiência foi muito boa, sem maiores intercorrências.

No geral, a combinação dos resultados expôs uma realidade ainda desconhecida por muitos, sendo eles suficientes para demonstrar que ainda há um longo caminho a ser trilhado no que tange à preservação da autonomia da mulher e mitigação da violência obstétrica nas maternidades.

A retomada do protagonismo da parturiente, e da transformação do parto em um momento de acolhimento, carinho e cuidado certamente é necessária, sendo essencial a implementação de políticas públicas que realmente transformem a realidade atual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi realizar um estudo a fim de identificar se há, nas maternidades públicas de Aracaju, garantia à autonomia da parturiente, através do efetivo cumprimento da lei nº 11.108 (Lei do Acompanhante).

Para atingir tal objetivo, o primeiro passo realizado foi elaborar um panorama teórico sobre os conceitos basilares deste trabalho, quais sejam: parto, autonomia e Lei do Acompanhante, assim como as considerações teóricas que tangenciassem o tema. Foi possível identificar, portanto, que a institucionalização do parto, apesar de positiva para a redução de óbitos durante o mesmo, é responsável por impor relações de poder à mulher, ceifando sua autonomia e retirando dela o protagonismo sobre o parto.

Ademais, a pesquisa distinguiu as categorizações da autonomia como princípio ético da saúde, identificando o conflito existente entre ela e a beneficência, a qual pode influenciar, por vezes, uma atitude paternalista por parte do profissional.

Com relação à questão do acompanhamento durante o parto, a literatura analisada confirmou a sua importância para o alívio da dor, assim como para o apoio emocional e garantia de segurança. A fim de identificar o cumprimento da Lei do Acompanhante em Aracaju, foi realizada uma pesquisa de campo, com aplicação de questionário por meio digital, que fez uso de perguntas abertas e fechadas para formação de um panorama sobre o tema.

A aplicação do citado questionário mostrou-se suficiente para o atingimento dos objetivos da pesquisa, porém acredita-se que, para o tema, a visitação à uma maternidade- com realização de pesquisa presencial com as parturientes, acompanhantes, gestão e profissionais-, poderia abrilhantar ainda mais os resultados, vez que seria possível a captura de mais informações subjetivas. Infelizmente, a situação pandêmica não permitiu que isso fosse feito.

Os resultados da pesquisa de campo identificaram que o cumprimento da Lei do Acompanhante está longe de ser o ideal. As respostas apresentadas pelas mulheres entrevistadas refletem um fenômeno de padronização no tratamento das mulheres (causado pela institucionalização do parto), esquecendo as instituições de que cada mulher é única e possui necessidades específicas, devendo ser tratada como tal.

Fica evidente, portanto, que as políticas públicas atualmente existentes não se mostram suficientes para a mitigação dos problemas existentes na assistência ao parto no Brasil.

As leis, apesar de existirem, não funcionam na prática, e seu descumprimento se tornou algo comum e rotineiro, especialmente por falhas estruturais, visto que os hospitais não possuem estrutura física adequada para proporcionar conforto e privacidade às mulheres e seus acompanhantes, e de treinamento de pessoal, na medida em que ainda existem profissionais que insistem no fato de que o acompanhante é algo dispensável.

Decerto, essa temática abre espaço para ampla discussão, oferecendo possibilidades para trabalhos futuros que abordem o tema de maneira mais aprofundada e por outras perspectivas, tal como a dos gestores e/ou profissionais da saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A HISTÓRIA do Nascimento. [S. l.], 19 maio 2015. Disponível em: www.sentidosdonascer.org. Acesso em: 16 jan. 2021.

ALDROVANDI, Andrea; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. Exercício da autonomia sobre o próprio corpo e a vida a partir das concepções de Kant e Stuart Mill: fundamentos para a definição de limites terapêuticos em testamento vital. **Pensar**: Revista de Ciências Jurídicas, Fortaleza, v. 22, ed. 1, p. 455-468, maio/agosto 2017. Disponível em: periodicos.unifor.br. Acesso em: 15 jan. 2021.

ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido**: uma abordagem principialista da relação médico-paciente. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. p.129.

ALMEIDA, Vitor. Notas Sobre a autonomia da gestante e os requisitos de validade dos planos de parto no direito brasileiro. *In*: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (org.). **Violência Obstétrica em debate**: Diálogos Interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020.

ALVES, Marcela Caetano *et al.* The support of the companion choosen by the pregnant mother in a maternity school. **Journal of Reserch Fundamental Care On Line**, [s. l.], v. 5, ed. 3, p. 153-164, jul./set. 2013. Disponível em: www.seer.unirio.br. Acesso em: 13 jan. 2021.

BOREN, Meghan A. *et al.* Apoio contínuo para mulheres em trabalho de parto. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], 6 jul. 2017. Disponível em: www.cochranelibrary.com. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [S. I.], 7 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 25 dez. 2020.

BRASIL. **Mensagem nº 198, de 7 de abril de 2005**. Comunico a Vossa Excelência que, nos termos do § 1º do art. 66 da Constituição, decidi vetar parcialmente, por inconstitucionalidade, o Projeto de Lei nº 2.915, de 2004 (nº 195/03 no Senado Federal), que "Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS". [S. I.], 7 maio 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 195, de 2003**. Concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [S. I.], 20 maio 2003. Disponível em: www25.senado.leg.br. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, Abr/Junho 1991. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 de Janeiro de 2021.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set-out 2005. Disponível em: www.scielo.org/. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria *et al.* Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 23, ed. 2, Abril/Junho 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 9 jan. 2021.

CAMPOS, Adriana; REZENDE, Daniela. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira De Estudos Políticos**, v. 115 (2017). Disponível em <https://pos.direito.ufmg.br/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CASTRO, Carolina Fernandes de *et al.* Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 522-530, Julho/Setembro 2020. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 jan. 2021.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am.**

Enfermagem, [s. l.], n. 6, ed. 13, Nov./Dez. 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

CHILDRESS, James F.; BEAUCHAMP, Tom L. **Principles of Biomedical Ethics**. 4ª ed. New York: Oxford University Press, 1994.

CLOUSER, K. Danner; GERT, Bernard. A critique of principlism. **The Journal of Medicine and Philosophy**: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, [s. l.], v. 15, ed. 2, Abril 1990. Disponível em: academic.oup.com. Acesso em: 11 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. [S. l.]: CFM, 2009. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 21 jan. 2021.

COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO FEDERAL. **Parecer nº 002**, de 11 de dezembro de 2003. Da comissão de assuntos sociais, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 195, de 2003, que concede às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [S. l.], 11 dez. 2003. Disponível em: legis.senado.leg.br. Acesso em: 13 jan. 2021. Sem paginação.

DICIONÁRIO MICHAELIS. **Autonomia**. Disponível em: michaelis.uol.com.br/. Acesso em: 12 jan. 2021.

DICIONÁRIO PRIBERAM. **Autonomia**. [S. l.], 2020. Disponível em: dicionario.priberam.org. Acesso em: 12 jan. 2021.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 16 jan. 2021.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 2ª ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01- 2002). São Paulo: Saraiva, 2002.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo (DPESP). **Conversando sobre violência obstétrica**. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf. Acesso em 23 de janeiro de 2021.

DODOU, Hilana Dayana *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, ed. 2, p. 262-269, abril/junho 2014. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

DURAND, Guy. **Introdução geral à bioética**: história, conceitos e instrumentos. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], ano 1991, v. 7, n. 2, p. 150-173, Abril/junho 1991. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 12 jan. 2021.

FEINBERG, Joel. Legal Paternalism. **Canadian Journal of Philosophy**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 105-124, Setembro 1971. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40230341>. Acesso em: 4 jan. 2021.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FRUTUOSO, Letícia Demarche; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, 4ª ed., p. 909-917, Out-Dez; 2013. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 16 jan. 2021.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Modelos de Relação Médico-Paciente**. [S. l.], 6 fev. 1999. Disponível em: www.ufrgs.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

GOMES, Iris Elizabete Messa *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v. 9, ed. 61, p. 1-18, 2019. Disponível em: periodicos.ufsm.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

GREVE, Vitória. **Os desafios do parto humanizado no Brasil, país líder em cesáreas no mundo**. [S. l.], 4 jul. 2017. Disponível em: cotidiano.sites.ufsc.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil Fonte: Agência Senado. **Agência Senado**, [S. l.], p. Sem Paginação, 28 ago. 2018. Disponível em: www12.senado.leg.br/. Acesso em: 17 dez. 2020.

KOMRAD, M. S. A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy. **Journal of Medical Ethics**, [s. l.], v. 9, ed. 1, Março 1983. Disponível em: jme.bmj.com. Acesso em: 18 jan. 2021.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto -**

enfermagem, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 166-174, Mar. 2013. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 18 Jan. 2021.

LEITÃO, Filipe João Correia. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Departamento de Bioética - Faculdade de Medicina - Departamento de Bioética, Lisboa, 2010. Disponível em: core.ac.uk. Acesso em: 13 jan. 2021.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça *et al.* Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], 2010. Disponível em: revistas.ufg.br. Acesso em: 14 jan. 2021, p. 387.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARCHI, Maria M., SZTAJN, Rachel. Autonomia e heteronomia entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. In: **Revista Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998. p. 42.

MARTINS, APV. A ciência obstétrica. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 63-106. Coleção História e Saúde. Disponível em: <http://books.scielo.org/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2021.

MATTOS, Delmo *et al.* Entre a autonomia Kantiana e o princípio da autonomia de Beauchamp e Childress: Uma discussão acerca da autonomia e da dignidade humana na bioética e no direito. **Perspectiva Filosófica**, [s. l.], v. 42, ed. 1, 2015. Disponível em: periodicos.ufpe.br. Acesso em: 13 jan. 2021.

MILL, John Stuart. **On Liberty**. Kitchener: Batoche Books, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. [S. l.], 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. [S. l.], 1 jun. 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. [S. l.], 22 out. 2015. Disponível em: www.gov.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antônio Carvalho. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho

Federal de Medicina, 1998. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 14 jan. 2021. p. 65.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 17 jan. 2021.

NOUR, Soraya. Autonomia. In: BARRETTO, Vicente de Paulo (Coord.) **Dicionário de Filosofia do Direito**. São Leopoldo/ Rio de Janeiro: Unisinos/Renovar, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal**: Um Guia Prático. Genebra: [s. n.], 1996. Disponível em: <http://abcdoparto.com.br/>. Acesso em: 14 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração para Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. [S. l.], 2014. Disponível em: apps.who.int/iris. Acesso em: 10 jan. 2021.

OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei; COSTA, Sérgio Ibiapina Ferreira (org.). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: portal.cfm.org.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

OXFORD LANGUAGES. **Parto**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://languages.oup.com/>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PETRY, Franciele Bete. Resenha: BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002.. **Ethic@**, Florianópolis, v. 3, ed. 1, Junho 2004. Disponível em: periodicos.ufsc.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

PONTES, Monise Gleyce de Araujo *et al.* Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, [s. l.], v. 12, ed. 1, p. 69-78, Junho 2014. Disponível em: <http://www.facene.com.br/>. Acesso em: 6 jan. 2021.

PORTES, Louis. À la recherche d' une éthique médicale, Paris, Masson, 1964, p. 159-168 apud DURAND, Guy. **Introdução à Bioética**: História, conceitos e instrumentos. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo e Edições Loyola, 2007.

REISA, Thamiza Laureany da Rosa dos *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 38, ed. 1, Março 2017. Disponível em: www.scielo.br/. Acesso em: 5 jan. 2021.

RIBEIRO-FERNANDES, Cristiane Cremiude. Revisão de literatura: a lei do acompanhante - sua importância e descumprimento. **Residência Pediátrica**, [s. l.], 6 set. 2019. Disponível em: residenciapediatrica.com.br. Acesso em: 16 jan. 2021.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. **Texto contexto - enfermagem**, [s. l.], v. 26, ed. 3, 21 ago. 2017. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 12 jan. 2021.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. Políticas de Humanização ao Pré-Natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, [s. l.], v. VI, ed. 2, 1o semestre 2016. Disponível em: revistacientifica.facmais.com.br. Acesso em: 13 jan. 2021.

SANTOS, Karla Thayse de Aquino *et al.* Dez anos da lei nº 11.108/2005: desafios e perspectivas. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, ed. 1, p. 25-42, Março 2017. Disponível em: periodicos.set.edu.br. Acesso em: 10 jan. 2021.

SILVA, Ana Verônica R; SIQUEIRA, Arnaldo A F de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-135, Abril 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 8 jan. 2021.

SILVA, Henrique Batista e. Beneficência e paternalismo médico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, Dezembro 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 14 jan. 2021.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 11, ed. 21, jan/abr 2007. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em: 10 jan. 2021.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 7 jan. 2021.

VEATCH, Robert M. Models for ethical medicine in a revolutionary age: What physician-patient roles foster the most ethical relationship?. **The Hastings Center Report**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 5-7, Junho 1972. Disponível em: www.jstor.org. Acesso em: 19 jan. 2021.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**, [s. l.], v. 16, ed. 1, p. 95-107.

ZIRR, Greice de Medeiros *et al.* Autonomia da Mulher no Trabalho de Parto: Contribuições de um grupo de gestantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], 2019. Disponível em: cdn.publisher.gn1.link. Acesso em: 14 jan. 2021.

7. ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

<p align="center">ACOMPANHAMENTO DURANTE O PARTO NOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS</p>
<p>Este questionário tem como objetivo coletar dados para a pesquisa de conclusão do Curso de Direito da Universidade Federal de Sergipe, cujo tema é "LEI 11.108 E O ACOMPANHAMENTO DAS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU"</p> <p>Público Alvo: Mulheres que pariram em maternidades públicas ou particulares, através de convênio com o SUS, a partir de 2005.</p> <p>Responsável pela pesquisa: Liliane de Brito Stefani</p> <p>Orientadora: Tanise Zago Thomasi</p> <p>Departamento de Direito da UFS</p>
<p align="center">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p>
<p>Prezada,</p> <p>A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: Acompanhamento durante o parto nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem por objetivo coletar dados para Trabalho de Conclusão de Curso que versa sobre o tema.</p> <p>A pesquisa está sendo realizada pela estudante Liliane de Brito Stefani, sob orientação da Prof. Dra. Tanise Zago Thomasi, ambas do Departamento de Direito da Universidade Federal de Sergipe.</p> <p>Essa pesquisa será realizada, exclusivamente, com mulheres que pariram em maternidades públicas ou particulares credenciadas ao SUS, a partir de 2005, por motivos inerentes ao recorte do trabalho acadêmico.</p> <p>Sua participação no estudo consistirá em responder algumas questões sobre sua experiência de parto nos Serviços do SUS, focando, especialmente, na presença (ou não) de acompanhante</p> <p>O questionário terá uma duração de aproximadamente 10 minutos.</p> <p>A participante tem a liberdade de não responder ou interromper o questionário em qualquer momento, mesmo após o início da coleta de dados, sem qualquer prejuízo.</p> <p>Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações.</p> <p>A participante não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.</p> <p>Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa ou dificuldade para responde-la por meio eletrônico, gentileza entrar em contato com a responsável pelo estudo: LILIANE DE BRITO STEFANI, através do e-mail liliane.filha@gmail.com.</p> <p>Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para os resultados esperados da pesquisa.</p> <p>Após a finalização do questionário, é possível receber uma cópia das respostas por e-</p>

mail, bastando selecionar a opção ofertada ao fim das perguntas.
<p>Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li sobre a pesquisa: "Acompanhamento durante o parto nos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS", estando claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.</p> <p>Estou ciente dos termos acima e desejo participar da pesquisa. Declaro também me enquadrar no público alvo da pesquisa, ou seja, que pari em Aracaju (ou região metropolitana), em maternidades públicas ou particulares através de convênio com o SUS, depois de 2005.</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<u>Se a resposta à pergunta anterior for SIM, continuar com o questionário.</u>
INFORMAÇÕES PESSOAIS
<p>Nível de Escolaridade no momento do parto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino médio completo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior completo</p> <p><input type="checkbox"/> Pós-graduação (lato ou stricto sensu) completa ou incompleta</p>
<p>Idade no momento do parto</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 14 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 15 – 17 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 18 - 21 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 22 – 25 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 25 – 30 anos</p> <p><input type="checkbox"/> mais de 30 anos</p> <p><input type="checkbox"/> Não desejo informar</p>
<p>Renda familiar</p> <p><input type="checkbox"/> até 1 Salário Mínimo</p> <p><input type="checkbox"/> entre 1 e 2 Salários Mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> entre 2 e 3 Salários Mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> entre 3 e 4 Salários Mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> mais de 4 Salários Mínimos</p> <p><input type="checkbox"/> Não desejo informar</p>
INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO

Qual foi o ano do parto? _____
Nome da maternidade <input type="checkbox"/> Santa Isabel <input type="checkbox"/> Nossa Senhora de Lourdes <input type="checkbox"/> Hildete Falcão <input type="checkbox"/> Santa Helena (através do SUS) <input type="checkbox"/> Outra: _____
Gestação de alto risco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Tipo de parto <input type="checkbox"/> Normal - Hospitalar <input type="checkbox"/> Humanizado <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Não sei
Você conhece a Lei do Acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim, já conhecia antes do parto <input type="checkbox"/> Sim, conheci no momento do parto <input type="checkbox"/> Sim, conheci depois do parto <input type="checkbox"/> Não conheço
Na hora do parto, te informaram sobre a possibilidade de ter um acompanhante com você, inclusive no pós parto (já no quarto)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se houve a informação sobre a possibilidade do acompanhante, te foi permitido escolhê-lo sem restrições de qualquer tipo ? Se não, favor explicar abaixo. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você teve acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim, em tempo integral <input type="checkbox"/> Sim, somente antes do parto (explicar na pergunta seguinte) <input type="checkbox"/> Sim, somente durante o parto (explicar na pergunta seguinte) <input type="checkbox"/> Sim, somente depois do parto (explicar na pergunta seguinte) <input type="checkbox"/> Não, mas por opção minha <input type="checkbox"/> Não, pois não permitiram (explicar na pergunta seguinte)

Se a você não foi permitido acompanhamento em tempo integral, ou ainda foram impostas restrições quanto à escolha do acompanhante, qual foi a justificativa dada pelo hospital? Favor informar, nesta pergunta, se houveram restrições ao acesso de acompanhante da sua escolha, ou à escolha do mesmo, em qualquer momento da sua estadia no hospital (antes, durante e depois do parto). [RESPOSTA SUBJETIVA]
Você acha que a presença do acompanhante faz diferença no momento do parto? Se sim, como? () Sim. () Não.
Se respondeu sim à pergunta anterior, favor informar como você acha que o acompanhante de sua escolha interfere no momento do parto e da maternidade.
Você se sentiu com poder de decisão (autonomia) durante seu parto? () Sim () Não
Se respondeu não, por gentileza explicar o motivo: [RESPOSTA SUBJETIVA]
[OPCIONAL] Insira aqui quaisquer observações ou relato que você ache permanente sobre a sua experiência de parto no SUS. [RESPOSTA SUBJETIVA]

ANEXO II – ÍNTEGRA DAS RESPOSTAS SUBJETIVAS

Neste anexo, cabe destacar que as respostas foram inseridas integralmente, nos termos em que foram escritos pelas entrevistadas.

Pergunta: Se a você não foi permitido acompanhamento em tempo integral, ou ainda foram impostas restrições quanto à escolha do acompanhante, qual foi a justificativa dada pelo hospital? Favor informar, nesta pergunta, se houveram restrições ao acesso de acompanhante da sua escolha, ou à escolha do mesmo, em qualquer momento da sua estadia no hospital (antes, durante e depois do parto).
antes, durante e depois não me permitiram acompanhante
Fui acompanhada após o parto por familiares do sexo feminino
No pré parto pós parto e enfermaria não foi permitida a presença do pai (foi permitida a presença do pai durante o parto e nos horarios de visita) Alegaram que era proibido a presença masculina como acompanhante devido ao um caso em que o acompanhante masculino foi flagrado tirando fotos de partes intimas de

outras internas e se masturbando.
Super lotação ã teve vaga p enfermaria
Falaram que não poderia ter acompanhantes, pois tinha as horas das visitas e eram suficiente.
So chamaram mnh acompanhante na hora de tirar o bb da barriga. Qnd o bb nasceu mandaram logo ela sair junto c o bb e o enfermeiro. Dps fiquei horas sozinha esperando a anestesia passar. E a acomoanhante so pode fica comigo qnd fui para o quarto.
Não tenho família em Aracaju. Somos somente eu e meu marido. Na maternidade Nossa Senhora de Lourdes não me foi permitido o direito do meu marido me acompanhar nem antes do parto nem durante e nem depois, pois segundo eles, somente mulheres podem ser acompanhantes. Tive meu filho por cesárea e tive que cuidar de mim e dele sozinha durante 10 dias de internação. (10 dias porque meu filho precisou ficar na unidade intermediária para tratamento de uma infecção. Por somente eu estar lá para cuidar de mim e dele, minha cesariana abriu, fiz um pequeno tratamento lá mesmo para o fechamento da cicatriz. Pensei em buscar meus direitos mas eu já estava esgotada. Só queria ir pra casa sem mais lesões. Meu marido só conseguiu me ajudar durante horário de visita. Foi traumatizante ter que cuidar sozinha de mim e de um recém nascido com uma cirurgia aberta. Mas o fiz.
Que não era permitido
No parto, meu noivo foi o acompanhante, porém, no quarto ele só podia ficar nos horários de visita, pois, por dividir quarto com outras mulheres, só podiam acompanhantes do sexo feminino.
Em momento algum fui informada que teria direito a acompanhante no pré parto. Cheguei a maternidade as 19.40h, fui para o pré parto as 20.30h, só fui reavaliada as 07.40h do dia seguinte, sendo que cheguei com PA 220/180 mmHg, e proteinúria totalmente alterada, sem dilatação e sem contração meu parto teve que ser induzido!
Ja sabia que poderia ter acompanhante no pos parto e depois do parto mas eles nao informam nada so entrei com meu marido por que sabia do direito por que se nao souber eles nao te falam
Eu tive acompanhante no pré e pós parto, porém no momento do parto nao foi permitido a entrada de nenhum acompanhante, informando n ser regra do hospital, contrariando a legislação em vigor.
Só foi possivel acompanhante na hora do parto,que poderia ser homem ou mulher e no pós parto só poderia ser mulher por conta das outras pacientes do quarto.
Antes do parto não era possível pois a maternidade estava super lotada, durante o parte não pude ter acompanhante pois não sabiam que horas iriam fazer o parte e não tinha material descartável para o acompanhante
Foi imposto restrições só tive acopanhante na hora da visita.

Não teve justificativa
O acompanhante não quis assistir o parto por ser uma cirurgia, mas a enfermeira o convidou antes de começar. Para não acontecer um imprevisto, fui sozinha para o parto.
A minha mãe foi orientada a ir pra casa buscar minhas coisas, e quando voltou não a informaram sobre a possibilidade de me acompanhar no parto, só após o parto liberaram o acompanhamento na enfermaria.
Na maternidade Nossa Senhora de Lourdes não deixam homens como acompanhante em tempo integral. Deixam assistir o parto e pode ficar como visita das 9h as 16h (não me recordo se esse horário mesmo). Mas acompanhante em tempo integral só do sexo feminino.
Não sabia que tinha direito, nem me foi informado. Portanto não o tive.
Só poderá ter um acompanhante
Não tive direito a acompanhante pois não permitiram. Informaram que só as meninas menores de idade tinham esse direito.
Não houve restrições. Apenas não foi possível alguém me acompanhar devido compromissos com trabalho.
Não passei por isso
Eu não fui informada sobre essa possibilidade. Só fiquei sabendo um dia antes de ter alta.
O hospital não permitiu nem um acompanhante, na época essa maternidade estava tendo muita polêmica de acontecimentos com a mãe ou com bebê. Tive meu filho sozinha sem nem um acompanhante. Nem meu esposo pode entrar pra ver nosso filho, ele só pode ver no outro dia. Foi triste.
Na época não permitiam acompanhantes.
Antes do parto eu estava com acompanhante (queria meu esposo, mas não permitiram), porém na hora do parto não permitiram que o acompanhante entrasse.
Restrição de acompanhante homem
Informaram que era proibido acompanhante e quando questionei sobre a presença do pai também disseram ser proibida.
Então, ninguém me informou que poderia ter alguém na sala de parto comigo, então como não sabia, não questionei!
Meu acompanhante não foi o que eu havia escolhido. Tive acompanhamento da minha mãe, mas durante o parto não seria ela a assistir, meu marido foi impossibilitado. E ela só assistiu porque se recusou a sair do leito.
Houve restrição no acompanhante no caso só podia ficar mulher no caso meu marido não podia mim acompanhar só podia ficar no horário de visitas e quando acabava o horário vinha o vigilante de quarto em quarto olhar se não tinha nenhum homem se tivesse ele pedia pra sair que o horário de visita tinha acabado teve pessoas de ficar no mesmo quarto que eu que ficaram só pq o marido não podia acompanhar e ela morava no interior e a mãe não podia ficar o tempo todo com ela e falava que não podia pq as mulheres ficavam constrangida com homem no quarto.

Não deixaram minha sogra entrar, fiquei sozinha, já na sala de cirurgia o pai pediu pra entrar e deixaram
Depois do parto pedem para sair, dizem que não pode permanecer no local, e só quando estamos no quarto é que podemos ter a presença do nosso familiar.
Após o parto, só foi permitido acompanhante depois de horas esperando uma vaga no quarto.
Informaram a minha mãe que ela não poderia entrar e acompanhar
Não se tinha a informação e eles(a maternidade) nunca fizeram questão de compartilhar a informação eu não tive acompanhante em momento algum, não tive no parto muito menos no quarto.
O meu acompanhante entrou somente na hora do parto, depois que a bebê nasceu, ele foi retirado sem justificativa alguma.
Norma do hospital

Pergunta: Se respondeu sim à pergunta anterior (você acha que a presença do acompanhante faz diferença no momento do parto?), favor informar como você acha que o acompanhante de sua escolha interfere no momento do parto e da maternidade.
traz mais tranquilidade, pois o pai também é uma parte importante .
Sentir segurança
O acompanhante escolhido pela parturiente é fundamental pelo suporte psicológico.
Se sente segura, com família perto de vc
Na minha opinião não interfere em nada
Os enfermeiros não te ignoram tanto porque você está com acompanhante
O momento do parto é um momento único na vida da mulher, por essa razão acho justo ela ter a liberdade de escolher a pessoa pela qual ela sente maior afeto e segurança, seja ela a mãe, irmã ou companheiro.
Me deu mais segurança, tornou o ambiente mais familiar, apesar de ser um hospital
Suporte psicológico
Ajuda a deixar o trabalho de parto mais leve
Passa tranquilidade, ajuda nos momentos da contração, além disso nos deixa mais segura, sabendo que tem alguém de nossa confiança ao nosso lado.
Me deixou bem mais tranquila, momento importante pra mim!
Um rosto familiar acalma
Resumidamente apoio emocional e braçal.
Confiança maior
Ajuda, apoio, força
O acompanhante fez com que eu me sentisse protegida e segura
O acompanhante distrai conversando tranquilizando, ajudando nos exercícios, na respiração. Etc
Interfere no apoio, dando força e suporte.

É de suma importância para a gestante ter um apoio psicológico, seja familiar, uma doula ou alguém da sua escolha.
Sim e muito voce no momento do parto ter alguém em que confie e sabe que aquela pessoa esta pra ajudar é bem mais confortavel.
O acompanhante possibilita maior segurança e conforto para a mulher no momento tão importante como dar a luz a um filho, especialmente em caso de primeira gestação.
A minha acompanhante me auxiliou muito. Não tive acompanhamento de médico e nem enfermeira. Só foi aparecer uma estagiária e enfermeira na hora da expulsão, assim mesmo pq minha acompanhante gritou por ajuda
Passa um sentimento de proteção e segurança.
Dando apoio e maior segurança.
Trás segurança
Não acho que interfere
O acompanhante faz a gestante se sentir melhor no momento tão difícil da sua vida.
Ajuda a trazer tranquilidade e segurança. Principalmente por conta do medo de desacordar e ficar vulnerável. E quando precisa solicitar um profissional pra fazer o acompanhamento do parto.
Trás segurança
Um acompanhante deve ser uma pessoa munido de informações a cerca da vontade da partuiente. Assim no momento de dor ele ajuda a mulher a ter segurança durante o trabalho de parto e seguir firme nas escolhas,por exemplo, se desejamos parto natural, aquela pessoa pode nos dá força para seguir firme.
Maior segurança, em muitos momentos durante a preparação e o parto a mulher se sente indefesa e acaba sofrendo tipos de violência que não consegue identificar
O acompanhante é um ser que traz segurança a partuiente. Além disso, ele tem o domínio de saber o que está acontecendo com a mulher e o bebê durante o parto e pós parto, uma vez que estamos imersas a dor, emoção.
Ter uma pessoa próxima a você no momento do parto faz com que você se sinta mais segura.
É um momento de grandes emoções e o acompanhante é fundamental para garantir que nao estamos só.
Ajuda a ter mais segurança da apoio firmeza .
O parto é um momento especial, no qual a mulher está fragilizada, creio que a parturiente tem um acompanhante de sua confiança, ela se sentirá mais segura.
Creio que pode passar mais confiança à parturiente.
Demonstra para quem vai ter o bebê, que ela não está só que tem alguém ali dando força se algo acontecer de errado
Acho importante ter esse apoio e até mesmo para ter um cuidado melhor com a paciente pois, em alguns casos, há médicos que são deslegantes com as mulheres.

Hoje tenho mais um filho e fui acompanhada da hora que entrei a sair do hospital e muito bom mim senti mais segura em tudo
Dar muito apoio principalmente emocional.
Passa tranquilidade e um sentimento de que tem alguém de confiança que não vai deixar nada de ruim te acontecer.
Calma, segurança, apoio
Todo suporte é preciso no quesito emocional. Estar sozinha aumenta a sensibilidade a mulher, principalmente em relação aos seus medos, além de privar o pai, por exemplo, de um momento tão importante.
No momento do parto me senti super vulnerável, ter um acompanhante me deixou segura, me ajudou muito nas horas que vinham as contratações.
Nós traz mais segurança, confiança! Principalmente para as mães de primeira viagem.
Sim pois nos deixa segura em relação ao parto
Porque tinha alguém pra conversar, me dá apoio psicologico me sentir segura.
A gente se sente mais segura com acompanhante, principalmente na hora do parto.
A presença de um acompanhante nos deixa mais seguro e confortável.
Porque a mulher se sente mais segura o acompanhante da ajuda emocional e força para a mulher se sentir mais tranquila.
Tranquiliza.. ficamos mais seguras pois eu tive violência obstétrica
No dá segurança em uma hora de dor, e que sei que o espaço público não há um cuidado como no particular, pois havia perdido meu plano 4 dias antes de ter meu filho problemas de informação com o plano de saúde, mas logo quando tive meu filho fiz outro plano para eu, meu marido e filho.
trazer mais calma na hora do pré-parto e parto.
Deixando a pessoa mais calma
De suma importância pois é um momento de muita fragilidade, um momento de descobrimento para mães de " primeira viagem" e acho que dessa forma inibe os má trato as pacientes, eu só muito no meu parto, meu filho ficou "preso" no nascimento por preguica da médica e enfermeira que ficou em Pânico quando meu filho "entalado" eu tive ajuda ela em nenhum momento me ajudou até vê que a coisa estava se complicando em decorrência dessa demora meu filho ficou dois dias na UTI pq engoliu resto de parto.
Interfere no emocional da gestante, uma vez que, é um momento que ela se sente muito só.
Ajuda e dá segurança, apoio.
Apoio geral, supervisiona, auxilia e ajuda.
Pergunta:Insira aqui quaisquer observações ou relato que você ache pertinente sobre a sua experiência de parto no SUS. [OPCIONAL]
foi horrivel, me senti sozinha, a sensação que não era ouvida, minha dor não

importava e esperaram até o ultimo momento para realizar a minha cesária, foi um fim de gestação muito sofrida, não vi humanização nenhuma em relação a mim. fiquei sozinha no pre-parto, durante o parto e no pós parto por horas em um corredor.
Apesar de ter sentido a falta da presença do pai como acompanhante nesse momento em que estamos tão vulneráveis não tenho do que reclamar do atendimento do SUS desde o pré natal, fui sempre atendida com respeito e por ótimos profissionais do postincho a maternidade.
Experiência foi ótima, bem atendida excelente profissionais atenciosos comigo. Porém não tive sorte que estava lotada maternidade fiquei tempo todo na sala de pós parto já parida.
Não foi uma experiência Boa a equipe médica ajudou muito de mim.
Como foi meu primeiro parto, não tenho parâmetros para comparação, o que posso dizer é que foi tudo tranquilo e sem problemas.
No geral foi boa, tendo em vista tudo de ruim que eu já tinha ouvido, a equipe medica era super atenciosa.
Fui muito bem acolhida e ainda o psicólogo da Maternidade foi diversas vezes conversar comigo
Diferente de vários relatos que eu ouvi sobre o parto no SUS o meu foi bem diferente, foi respeitoso e a todo momento me falaram o que estavam fazendo e o pq
Não tenho do que reclamar, durante o trabalho de parto fui bem atendida e o meu plano de parto foi atendido em sua maioria a unica coisa que saiu dele foi a cesárea, mas foi por motivos superiores.
Foram super prestativos e sempre me informando o que iria fazer antes da anestesia.
Mais empatia com as pacientes
Horrível
Todo o tempo me ouviram e respeitaram minhas escolhas
Minha experiência não foi tão boa, pois me colocaram em uma maca suja de sangue de outra pessoa, já tinha 41 semanas e queriam colocar comprimidos em mim para ser um parto normal, sendo que a minha bolsa não estourou e eu também não entrava em trabalho de parto. E esperei horas sem ninguém me dizer uma resposta, e só na mudança de plantão que o médico informou que seria uma cesariana e quando tiraram meu bebê ele tinha feito cocô, então se tivesse esperado mais poderia nem eu nem meu bebê resistir. Então há um certo descaso, pois eles querem força um parto normal, mas nem sempre a mulher entra em trabalho de parto. E as vezes por esperar tanto pode ser um tarde demais para a mãe ou para o bebê ou mesmo para ambos
Não tive o acompanhamento do médico depois do parto. Não foram olhar minha incisão, nem médicos nem enfermeiros

Tive minha filha na rede pública por negligência médica sofrida na Hapvida. E tive o melhor atendimento. Não tenho do que reclamar da maternidade.
Tirando o "susto", pois minha filha teve sofrimento fetal, eu evoluir para uma pré eclampsia, mas enfim ela nasceu sem maiores complicações, considero o pre parto até o nascimento traumático, mas após o nascimento fui muito bem acolhida, fiquei 5 dias internada por complicações na PA e por uma hemorragia não tenho o que ressaltar, fui muito bem atendida!
Meu parto foi maravilhoso pois nao houve complicações e foi rapido nao tenho o que falar na equipe medica da enfermagem me ajudaram muito me senti em uma maternidade particular. A pior parte foi quando cheguei no quarto mae de primeira viagem meu marido pai de primeira viagem nao tive niguem para me auxiliar no banho da minha filha e nem no meu afinal perdi muito sangue e teria que ter ajuda caso sentisse tontura nao tive acompanhamento nem um fora o calor no quarto insuportavel que vc fica agoniada nao tem nem uma cadeira para acompanhate minha filha teve um engasgo a noite nao tinha niguem para ajudar quem me ajudou foi uma menina
Médicos e enfermeiros não entendem que o parto independente de idade é um momento único na vida mulher e o que ela mas precisa naquela hora é se sentir segura e acolhida.
Gostei só que poderia ter acompanhante depois do parto antes de vir pra o quarto fiquei só toda dura sem poder mexer os braços direito
Achei péssimo eles maltrata as gestantes e as crianças lá fica um amontoado de gestantes sem privacidade as infemeira sem preparo para o serviço tratam mal as pacientes .
Foi horrível
Falta de assistência adequada para uma gravidez que se estendeu mais de 41 semanas. Profissionais de saúde com dúvida entre qual o melhor caminho a seguir, o que nos deixa extremamente inseguras num momento muito delicado da gravidez, que é seu fim. Precisando de uma indução de parto que não foi feita, entre indas e vindas da maternidade. Isso acarretou num sofrimento fetal(meconio no líquido amniótico, o que indica uma maturidade fetal) e uma cesárea de emergência.
Durante o parto, o enfermeiro auxiliar empurrou minha barriga com o braço de cima para baixo para agilizar a saída do bebê, talvez por conta disso a minha filha teve um deslocamento da clavícula, fizeram raio x e me orientaram a não mexer muito o braço dela que com o tempo voltaria para o lugar.
O obstetra foi excelente, apesar de não lembrar o nome. Ele foi muito ético e competente.
Para mim foi satisfatória
Apesar de não ter tido o poder de escolha de acompanhante, fui bem atendida no hospital.
Apesar de muitas mulheres criticarem forma de tratamento, falta de humanidade por parte da equipe médica, particularmente achei muito melhor parir pelo SUS do que particular.
OBS.: Tive um parto na rede particular.

Sempre tive sorte nos meus partos, a médica que me acompanhou desde a Primeira gestação sempre foi muito atenciosa, maravilhosa. Porém, saber sobre essa lei teria me ajudado psicologicamente pois, tinha ficado viúva naquele ano e não estava bem, fiquei sozinha durante 4 dias na maternidade com minha filha e ver as outras pacientes com seus maridos ou familiares fez eu me sentir abandonada. Foi um momento muito difícil.
Horrível
Deveria ser mais humano o atendimento,senti que tratam as pascientes como animais.
Levei pontos sem anestesia, foi muito torturante, além de passar minutos esperando o obstetra aparecer.
Gostei muito da maternidade e do atendimento. Exceto o que citei
Tive muito medo, sempre ouvi que na maternidade pública algumas enfermeiras eram muito grossa, que o tratamento era péssimo, dos médicos também. Isso me deixava desesperada, tive muito medo. Não ocorreu nenhuma agressão de qualquer tipo quando tive minha filha, realmente me surpreendeu o atendimento que tive.
Minha experiência com o SUS não foi das melhores, foi um parto tardio pois meu bebê saio fazendo cocô, me colocaram em uma maca suja com sangue de outra pessoa , e ficaram achando que era minha bolsa que havia estourado, era algo incerto a médica queria força algo que não era. Pois já havia passado muito tempo e não sentia nada. Meu bebê foi liberado sem uma avaliação do pediatra. Então eu não gostei da minha experiência com o SUS.
Todos os partos tanto normal, quanto Cesário deveria ter direito ao contato pele a pele mãe com o bebê, independente de qualquer situação.
Logo que cheguei na maternidade não tive um bom atendimento além da demora ainda um médico ignorante que contestou o que eu estava sentindo pois já tinha passado por uma maternidade e a médica já tinha feito exame de toque e mim deu encaminhamento para ir para nossa senhora de Lurdes pq a minha bolsa estava rompida e eu tinha que ficar internada para poder segurar minha filha , o médico da nossa senhora de Lurdes fez pouco caso disso mim fez toque novamente e disse que a minha bolsa não estava rompida e mim mandou para casa e disse pra mim pagar uma ultrasson no outro dia para ver como estava o bebê,então no outro dia eu paguei a ultrasson e minha bolsa tinha rompido e eu estava sem líquido nenhum voltei novamente para a maternidade nossa senhora de Lurdes e fiquei internada mas já não podia fazer mais nada eu já tinha perdido todo o líquido e quando fiquei internada outro médico disse que se eu tivesse um pouco de líquido conseguiria recuperar o que tinha perdido mas como não tinha mais nada não tinha mais o que fazer só esperar ela nascer.Então consegui segurar ela durante uma semana na barriga sem líquido nenhum só bebendo bastante água mas aí ela nasceu com 25 semanas prematura ao extremo sobreviveu 13 dias mas infelizmente faleceu. O atendimento depois que fiquei internada foi bom os médicos explicavam direito as coisas e td hr era monitorada para ver como estava o bebê, mas infelizmente esse

médico desumano fez pouco caso do que realmente estava acontecendo comigo.
Tive violência obstétrica, fui andando até a sala de parto, colocaram sonda sem anestesia, foi um horror
A falta de amor dos profissionais é desumano, os materiais (objetos) são velhos não tem bom estado de conservação, não tem boa estrutura(com os objetos em geral, não tem ar condicionado, os banheiros são péssimos, inclusive o na Ala em que estava só funcionava 1 e tudo muito precário, não tinha percinhos para colocar o bebê tinha que ficar com a mãe que em meu caso tudo bem tive normal, mas para quem tem Cesária é complicado pois tem um resguardo maior é desconfortante) com tudo a experiência só não foi pior porque meu parto foi rápido assim que sentir as contrações fiquei em casa por 2 horas e só depois fui para a maternidade pois sei como é os relatos não são bons e agora tenho o meu. Parabéns pela tua pesquisa, mas infelizmente estamos no Brasil, e não acredito em mudanças, e nesta área então é só palavras que os governantes falam e nunca existe a prática nunca saem do papel.
Por ser muitas mulheres em trabalho de parto ao mesmo tempo , acaba comprometendo a assistência as mulheres. Além disso, deveria ter maior número de leitos, pois a mulher já está debilitada e ficar em corredores, esperando vagar quarto é ruim para saúde da mesma (que foi o ocorrido, no meu caso).
Apesar de ter feito a cesária,devido a falta de dilatação e já está com 42 semanas. Meu filho nasceu sem oxigenação precisou utilizar o capacete e assistência para nós foi ótima.Tanto no cuidado dele quanto o meu.
O SUS no ano do meu parto deixou muito a desejar a médica que me atendeu foi negligente comigo e com meu filho eu senti dores horrenda por que ficou resto de parto em mim e quem tirou em foi a médica foi uma técnica que viu minha hemorragia após o parto eu não parava de chorar de dor uma cólica que não passava nunca mesmo sendo medicada por várias vezes até a técnica vê a minha cama pingando de sangue e "expulsar" o resto de parto só assim parou o sangramento e a dor. Por isso é importante o acompanhamento da gestante ter quem lide por ela nesse momento.
o pré-parto foi horrível, pois é um local onde não é permitido acompanhante, então a gestante fica somente com as profissionais da saúde, no meu caso, entrei para a sala de pré- parto em torno das 17hrs, sendo que estava na maternidade desde as 13hrs e sem comer desde as 7hrs. chegando na sala, era horário de troca de turno então fiquei esperando ate a hora de entrar na sala do parto, minha filha nasceu as 20:40hrs.
Fui mal atendida pela médica, meu parto foi normal e de 7 meses, além de ser a primeira experiência, me trouxe traumas e ainda não superei.
Assim que cheguei no hospital não tinha a dilatação adequada estava com 2%, então o profissional médico me pediu para que eu fosse para o estacionamento, na área externa do hospital para que eu pudesse passear para ajudar na dilatação e ele me informou que no dia seguinte mesmo eu teria meu filho nos braços mas mas

eu daria entrada nesse mesmo dia que eu cheguei mas que eu precisava fazer isso, como não tinha conhecimento que esse seria o procedimento normal, mas era 2 horas da tarde tava calor, tava sol era período de verão e eu procurei sombra para poder fazer a caminhada não pude fazer exercícios por que as pessoas passavam. Então chegou 5 horas, de 2:30 chegou 5 horas eu dei entrada novamente foi quando eu estava com 4 centímetros de dilatação e consegui entrar na sala de pré-parto não tinha leito para mim não tinha maca então fiquei na cadeira mesmo não me deram soro com remédio, a medicação era o soro puro é porque eu poderia sentir dor e não ter o local adequado então colocaram o soro puro por enquanto então eu fui para para maca umas 8 horas mais ou menos foi quando minha amiga que me acompanhou estava comigo ela ficou comigo logo depois que eu deitei na maca me colocaram soro não tinha acontecido nada não tava sentindo dor nenhuma e aí logo após a médica veio né fez todo procedimento e estourou a bolsa manualmente pronto a partir daí com a ocitocina no soro com a bolsa estourada comecei sentir aquelas dores absurdas né conhecidas muitas dores interruptas não não tinha tempo de explicar direito não tinha tempo de descansar de uma dor pra outra, é aquela dor parece que a gente vai morrer e só quer que pare logo porém eu fiquei com essas dores até às 9 horas da manhã quando meu filho nasceu para ele nascer eu tive que perder a minha amiga para que chamar se alguém para que chamar sua atenção da médica trocou vários vários plantão plantões percebi também que os médicos quando já tava no final do seu plantão não queriam atender pessoalmente se fosse parto cesáreo ficava claro isso houve uma situação de madrugada que um médico ele passou em todas as marcas dos a gestantes ele dizia que tava menos evoluído a dilatação de todo mundo todo mundo só tem a 5, 3, 7 de dilatação ninguém passava disso eu tava de 9 de 8 para 9 de dilatação dois médicos confirmaram isso na mesma hora quando esse médico passou disse que eu tava com 5 dedos dilatação e obviamente eu fiquei em desespero porque eu já tava vendo de amanhecer e eu não evoluiria não saía daquele lugar preocupada com minha no preocupada com meu filho que eu não sabia qual era. assim que medo que eu vi no prontuário uma situação viu que tenha muito tempo ela decidiu que seria um parto cesáreo mandou eu subir se mandou que eu fosse para farra de cirurgia não levando para lá eu fiquei sozinha por alguns minutos arralgum período eu não lembro quanto mas eu fiquei em desespero porque ainda estava com soro na veia ainda tava tendo contração Tava tendo as dores muito fortes e só e muito suja por que a cada dos a gente fazia força saía mas secreção saindo sangue então deitada naquela marca eu tava tava aliviada por chegar ali mas ao mesmo tempo tava desesperada porque também não evoluiu não evoluir né eu sabia que ia acontecer mas ao mesmo tempo não tinha ninguém assim que chegaram começaram os preparativos para fazer o parto dar início ali acredito que o plantão o primeiro parto do dia cesária e aí eu com contração ainda foram me dá anestesia eu fiquei com medo de ter as dores na hora mais não aconteceu e minha amiga me acompanhou até que o parto acontecesse foi quando a médica disse seu sua barriga está informado em formato de oito estranho tá em formato de oito você vai ter Cesário mesmo por que não desce não tem passagem e está com esse formato eu não entendi e não sei o quê falante de 8 não explicaram não consegui achar em

pesquisa enfim tudo ocorreu bem aconteceu o parto do meu filho minha minha amiga me acompanhou ficou comigo o tempo todo segurando a minha mão falando comigo e tudo correu bem após todo esse sofrimento foram basicamente 16 horas de parto de pré-parto para que acontecesse mas eu fiquei decidida que não queria mais filho por conta desse processo.

Obs: fiz o texto pelo gravador, pra ser mais rápido, por isso a pontuação inadequada e os erros.